

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante.

Sandra Milena Morales Miranda

Maestría en Profundización en Psicología Clínica

Universidad del Norte

Barranquilla

Junio

2017

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante.

Sandra Milena Morales Miranda

Trabajo de Grado para optar al título de Magister en Psicología Clínica

Tutora:

Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D

Maestría en Profundización en Psicología Clínica

Universidad del Norte

Barranquilla

Junio

2017

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Tabla de Contenido

1.	Introducción	7
2.	Justificación	9
3.	Área Problemática	12
4.	Objetivos.....	17
4.1.	Objetivo General.....	17
4.2.	Objetivos Específicos.....	17
5.	Historia Clínica del paciente	18
5.1.	Identificación del paciente.....	18
5.2.	Motivo de consulta.....	18
5.3.	Descripción de la sintomatología.....	19
5.4.	Historia del problema actual.....	20
5.5.	Historia Personal.....	21
5.6.	Historia Familiar	21
5.7.	Genograma	22
5.8.	Historia Académica.....	22
5.9.	Historia Socio afectiva	23
5.10.	Proceso de Evaluación.....	23
5.11.	Resumen de evaluación y resultados	24
6.	Desatención.....	27
7.	Hiperactividad	28
8.	Desatención.....	29
9.	Hiperactividad	30

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

9.1.	Conceptualización Diagnostica y Diferencial	35
9.1.1.	Curso del tratamiento	37
10.	Descripción Detallada De Las Sesiones	44
10.1.	Sesión N° 13: evaluar la impulsividad cognitiva.	44
10.2.	Sesión N° 6: Entrenar al paciente en autocontrol (técnica de la tortuga)	45
10.3.	La mama reporto que BS tuvo una riña en la escuela, lo que se busca con la técnica es que tenga autocontrol sobre sus emociones cuando identifique que sienta enojo y aprenda a manejarlo.....	45
10.4.	Sesión N° 11: Reestructurar distorsiones cognitivas asociadas a pensamiento dicotómico.	46
11.	Marco Conceptual	52
11.1.	Modelos explicativos del TDAH.....	52
11.2.	Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-V	57
11.3.	Antecedentes investigativos relacionados con el TDAH.....	60
11.4.	Trastorno negativista desafiante.....	62
11.5.	Teorías sobre las causas del TND	62
11.6.	Criterios diagnósticos del TND según DSM-V	63
11.7.	Antecedentes investigativos del TND	65
11.8.	Comorbilidad del TDAH y TND	66
11.9.	Antecedentes de investigación sobre comorbilidad del TDAH y TND	66
11.10.	Concepto de desplazamiento forzoso	69
11.11.	Antecedentes de investigación sobre el impacto de la violencia en Colombia y salud mental de niños, niñas y adolescentes.	69
11.12.	Concepto de estilos parentales	71
11.13.	Antecedentes de investigación de estilos parentales y TDAH.....	73

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

11.14.	Concepto de abuso sexual.....	74
12.	Análisis del caso.....	77
13.	Conclusiones y discusión.....	79
	Referencias Bibliográficas.....	82
	Anexos.....	85

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Lista de Tablas

Tabla 1. Áreas evaluadas e instrumentos utilizados

18

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

1. Introducción

La presencia de trastornos de la conducta perturbadora en la infancia y la adolescencia, actualmente denominados en el DSM-5 para la entidad nosológica de trastorno de hiperactividad con déficit de atención, dentro de la categoría de trastornos del neurodesarrollo y el trastorno negativista desafiante este último incluido dentro de los trastorno de la conducta disruptiva son alteraciones que se enmarcan propiamente en estas etapas. Con TDAH; el diagnóstico suele realizarse en la edad escolar, durante la primaria, aunque al recabar la información de la historia resulta posible verificar la presencia de algunas manifestaciones de inicio más temprano. Según investigaciones realizadas se reporta entre 1.7 y el 17.8%, en el marco de los desórdenes de conducta. Según el DSM IV TR (2000). La prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% en niños en edad escolar.

Para el TND Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por menos seis meses, con una prevalencia estimada de cerca del 3,3 %. La tasa del trastorno negativista desafiante puede variar dependiendo de la edad y el género del niño. El trastorno parece ser algo más prevalente en niños que en niñas (antes de la adolescencia, según DSM-5 (2014).

Sin embargo, estas dos alteraciones tienen una particularidad en cuanto a signos y síntomas ya que es una de las comorbilidades más frecuentes en niños y adolescentes, la cual está estimada entre un 30% y 50%. Esto obliga a investigar la posibilidad de este diagnóstico en todo niño y adolescente que es diagnosticado con TDAH, podemos plantearnos la hipótesis que esta consideración proviene del hecho de la buena respuesta al tratamiento del TDAH Se podría mejorar o disminuir sintomatología del TDN, y más aún cuando se combina la farmacoterapia y terapia cognitivo-conductual, que nos facilita muchas estrategias y técnicas de intervención para mejorar el pronóstico de este caso clínico.

Este es un Estudio de Caso Único de un niño de 9 años diagnosticado según los criterios del DSM-V con 314.01 (F90.2) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad -

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Presentación combinada, de predominio impulsivo y trastorno negativista desafiante con 313.81 (F91.3). Cuya unidad de análisis para este estudio, se enfatiza en la comorbilidad de ambos trastornos; dado que es una de las más frecuentes, dentro de los trastornos de la infancia y adolescencia; por lo tanto, el propósito de esta investigación consiste en describir la comorbilidad que existe entre estas entidades diagnósticas y como el ambiente tiene su influencia en el desarrollo, curso y mantenimiento de estos.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

2. Justificación

El presente estudio de caso tiene como finalidad aportar dentro de la comunidad científica terapéutica la importancia de realizar planteamientos teniendo en cuenta las diferencias individuales a través de este tipo de estudios descriptivos que permiten ahondar y abordar desde una perspectiva particular a los pacientes.

Esto estudios de casos como recurso metodológico en la psicología clínica además de realizar planteamientos particulares es decir subjetivos de la salud mental de las personas; desde la psicología cognitivo conductual que es el foco de intervención para el paciente de este caso; permite establecer cuál es el plan de tratamiento más idóneo, a luz de las técnicas y estrategias que permite este enfoque teniendo en cuenta esas características personales de las personas que se atienden en consulta.

Un estudio de caso se define como una descripción y análisis, intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. Es decir, el caso podría ser una persona, un programa, un grupo, una institución, una comunidad; una estrategia de intervención, etcétera. Es una instancia tomada de una clase, elegida por su interés intrínseco, o por la decisión de estudiar en profundidad. (Stake, 1994; Yin, 1994; Merriam, 1998; Pérez Serrano, 1998a).

Cuando se refiere a holístico es que se debe estudiar al paciente desde un punto de vista integral esto indica que se tiene en cuenta su forma de pensar, sentir y actuar para poder orientar diagnósticos específicos y reales de lo que es normal o anormal, sin embargo cuando el paciente es niño se debe tener en cuenta su estadio de desarrollo psicológica para determinarla, ya que existen comportamientos que son propios de etapas y que no se puede psicopatologizar se caería en un reduccionismo y se estaría etiquetando o rotulando todo el tiempo. Para ello se hace necesario la realización de una revisión teórica de los planteamientos de los diferentes autores que pueden justificar o soportar algunos elementos hallados en este estudio caso en particular y se determinara las principales conductas problemas del paciente para abordar y orientar el tratamiento

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

hacia el mejoramiento la salud mental de esta y el adecuado funcionamiento social; sin embargo se hallaran factores que mantienen las conductas inadecuadas del paciente lo que permitirá para próximas investigaciones bajo esta metodología controlar estas variables que hacen que el pronóstico sea aún más reservado, por eso señala algunos factores socio ambientales que impactan negativamente en el mantenimiento de los trastornos del paciente, ya que es un caso donde existe comorbilidad entre dos entidades clínicas; lo cual se constituye en un factor de riesgo alto, si no se trata a tiempo para la instauración de cuadros de personalidad; ya que el TDAH, constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida. (Cornejo, y otros, 2005). Y la comorbilidad con el trastorno negativista desafiante es alta es de un 30% a 50 %, que además sigue su curso hacia un trastorno disocial ya que los síntomas de hiperactividad/impulsividad y comportamiento desafiante, se pueden convertir en predictores de conducta disocial y más adelante en la adultez en antisocial, además teniendo en cuenta la disfunción familiar que presenta el paciente del caso y todos aquellos factores sociales y ambientales que lo hacen vulnerables al desarrollo de trastornos más graves en la adolescencia y adultez.

Así mismo se hace necesario realizar la respectiva intervención desde el enfoque cognitivo conductual, pero mejorar el pronóstico del paciente y contrarrestar la problemática existente. Por todo esto el estudio es una herramienta de aportación de conocimiento que permite particularizar y poder tomar de referente para la realización de estudios más complejos aportando y contribuyendo a desarrollar investigaciones de corte más investigativos a nivel local y regional.

Por otro lado, pretende proporcionar herramientas que permitan implementar de forma adecuada un tratamiento optimo que se adapte a las necesidades del paciente, desde el manejo de conceptos teóricos relacionados con estas entidades clínicas como lo son las características, sintomatología, modelos explicativos, técnicas de evaluación e intervención.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Como estos trastornos son de participación multidisciplinar se pretende además trasladarlas a nivel escolar y familiar; en cuanto a la intervención a contribuir a dar estrategias a los docentes y padres de familia para el manejo de niños, niñas y adolescente que reporten esta problemática tanto en el contexto escolar como en el familiar. Por eso se hace necesario la evaluación de los diferentes ambientes donde se desenvuelve el niño.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

3. Área Problemática

Debido a la alta comorbilidad en la que se presenta el Trastorno por Déficit de Atención y trastorno negativista desafiante, se hace pertinente describir este aspecto y además los factores socio- ambientales que influyen en el desarrollo, curso y mantenimiento de estas dos entidades, que pueden empeorar o mejorar el pronóstico.

El trastorno negativista desafiante es un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por menos seis meses, DSM-5 (2014), que además es más predominante en niños que en niñas, este patrón conductual afecta de manera importante su vida social, académica y la función ocupacional, conduce a importante alteración en la relación con los padres, hermanos, otros miembros de la familia, compañeros, profesores, etc. Este comportamiento tiene una duración de más de seis meses y es excesivo en comparación con lo que es normal para la edad del niño.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico frecuente, caracterizado por predominio de hiperactividad, impulsividad, e inatención, inadecuadas para el grado del desarrollo del niño. Es el problema de comportamiento común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida. (Cornejo, y otros, 2005)

Como se expresa anteriormente, la prevalencia de comorbilidad entre el TDAH y TND es de un 30% a 50 %. El diagnóstico de estos dos trastornos se apoya en la evaluación del comportamiento, generalmente mediante la aplicación del Manual diagnóstico estadístico (DSM IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), los cuales son utilizados estos criterios mediante check list, para verificar y monitorear si son aplicables a los síntomas del paciente.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Para esta comorbilidad existen distintos estudios que fueron realizados por los diferentes autores que señalan esta característica común en población escolar; aunque no se puede dejar de lado que el TDAH no comparte esta característica asociativa con otros trastornos; en la revisión realizada, las investigaciones epidemiológicas ha puesto en evidencia que, aproximadamente el 25% de los niños con TDAH presentan un trastorno de ansiedad, en tanto que la prevalencia en la población general se encuentra entre el 5 y el 15% (Biederman y cols, 1991). Este dato nos obliga a considerar evaluar este aspecto si se existe síntomas asociados. Pues parece recomendable considerar esta comorbilidad, de forma más detenida, cuando nos encontramos con familias en donde existe una mayor agregación de trastornos por ansiedad y/o trastornos afectivos (Jensen y cols, 1993).

Para trastornos afectivos o del estado de ánimo Biederman y cols (1991) consideran que la prevalencia se encontraría entre el 15 y el 75%. De otra parte, lo que parece estar fuera de toda discusión es que la necesidad de detectar una posible comorbilidad es sumamente importante ya que ésta tendría implicaciones sobre la implementación del tratamiento (State y cols, 2004) y medidas preventivas debido a que algunos pueden desarrollar trastornos psiquiátricos más graves (Weinberg y cols, 1989).

Para el caso en estudio se halla que En un estudio longitudinal, que realizaron Mannuzza y cols (2004) pone en evidencia que, si bien el TND en la infancia no predice el TD en la adolescencia, por el contrario, el TDAH puede ser predictor de un TC en la adolescencia o de trastornos de personalidad en la vida adulta. Para Barkley y cols (2004) el TDAH no tratado presentaría un riesgo elevado de un futuro TD y de consumo de drogas, incrementándose aún más este riesgo cuando coincide la comorbilidad TDAH y TC. Para Dalsgaard y cols – 2002, la comorbilidad TND y TDAH sería del 36% y para el TDAH y TC del 16,3%. Lo cual es altamente significativo y aplicaría el caso clínico en estudio y que además desde una perspectiva más psicosocial, Buró y cols (2003) estudiaron la interacción entre la conflictividad familiar y el peso de la genética en la presentación de trastornos de conducta en el TDAH. Estos investigadores llegan a la conclusión de que la conflictividad aumenta el riesgo de comorbilidad, aunque ésta se

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

encuentra mediada tanto por los factores genéticos como ambientales. Es decir que los factores ambientales son determinantes o por lo menos tienen una alta influencia. De hecho, se asocian fundamentalmente a los TC y no al TDAH, la psicopatología paterna, para este caso hay un consumo de tabaco y sustancias psicoactivas por parte del padre; el nivel socioeconómico bajo, la conflictividad familiar (violencia intrafamiliar para el caso) y el maltrato físico aquí se incluirá el abuso sexual en que está siendo víctima el paciente del caso y/o psíquico.

Se estima que afecta al 3% de los niños en edad escolar. En el caso del TDAH entre 30 a 50% de los niños pueden presentar el patrón del TND o rasgos relacionados con el mismo, esto obliga a investigar la posibilidad de este diagnóstico en todo niño y adolescente que es diagnosticado con TDAH. Esta prevalencia se incrementa gradualmente con la edad desde pre-escolares a escolares, en el caso de España se ha estimado una prevalencia de ODD que oscila entre 9.7 y 16.5 % de los escolares (Granero R, 2008). (Machado, 2010, p. 74)

Según la (encuesta nacional de salud mental, 2015, p. 212 y 213); en Colombia las estadísticas no se alejan de países como Chile, Costa Rica, Gran Bretaña, Estados Unidos, etc. En Colombia se han llevado a cabo estudios de prevalencia del TDAH. En un estudio realizado en Antioquia donde se emplearon criterios del DSM-IV, entrevistas estructuradas, aplicación de la Escala de Conners y pruebas de inteligencia, se encontró una prevalencia del 16,9% en los niños entre 7 y 11 años, y en el grupo de 12 a 17 años la prevalencia fue del 14,2%. El trastorno fue más prevalente en hombres que en mujeres (20,9% vs. 10,1%), con una razón de prevalencia de 3,9 a 1, respectivamente. Entre los subtipos del TDAH fueron más frecuentes en esta muestra el subtipo combinado y el hiperactivo/impulsivo (78). Un estudio transversal realizado en niños escolares sanos entre 5 y 12 años de la ciudad de Bogotá, se encontró una prevalencia de 5,7 para el TDAH. Las prevalencias de los subtipos fueron inatentas (2,5%), combinado o mixto (2,4%) y el hiperactivo/impulsivo (0,8%). Además, se halló una mayor prevalencia del trastorno entre los 7 y 9 años para cualquier subtipo. Los varones presentaron mayor prevalencia de los subtipos mixto e hiperactivo, y en general fue más prevalente en los varones que en las mujeres (47). En otros estudios realizados en Colombia se han encontrado prevalencias tan altas como del 16,4% al 17,1%

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

(79,80). La prevalencia del trastorno negativista desafiante se ha estimado entre 2,8% y el 11% (57-63) (Tabla 52), pero en un metanálisis reciente reportan entre un 3% y un 5% (70). En la ciudad de Bogotá fue llevado a cabo un estudio para evaluar la prevalencia de psicopatología en una población escolar. Allí se encontró una prevalencia del 11,9%. Así mismo, se encontró que estos trastornos, junto al trastorno de la conducta, fueron más prevalentes en los varones preescolares y escolares; mientras que en las mujeres escolares los trastornos afectivos fueron más frecuentes (81). Finalmente, respecto a la epidemiología del trastorno de la conducta, los datos encontrados en la literatura son muy variados: desde el 0,6% hasta el 3,0% (57-59, 61,62), con una prevalencia mayor en niños que en niñas (tabla 5.70).

En contraste, los estudios realizados en Colombia en poblaciones específicas bajo circunstancias psicosociales particulares muestran otro panorama. Por ejemplo, en Cundinamarca, en un estudio llevado a cabo con población infantil víctima de desplazamiento forzado, se detectó una prevalencia de punto del 13,8% de trastorno de la conducta (disocial) utilizando los criterios diagnósticos psiquiátricos infantiles del DSM-IV (82). En un estudio realizado en 2008 en un colegio distrital de Bogotá, en niños entre 9 y

11 años y utilizando el CBC, la prevalencia de punto fue 28,6%; más alta en niños con un 10,2% que en niñas, un 4,1% (83). En el caso de Medellín, en población entre 13 y 18 años, se encontró una prevalencia para trastorno de la conducta a lo largo de la vida del 5,65% y en el último año de 2,34% (41).

Esto puede indicar que los estresores psicosociales como es el caso de algunas poblaciones en Colombia que son víctimas del conflicto armado o expuestos a violencia pueden ser predictores de alteraciones del neurodesarrollo y de la conducta de los niños, niñas y adolescente y que además es posible que padezcan más de un trastorno dentro del espectro conductual y/o afectivo, para el caso clínico de este trabajo el paciente es víctima del conflicto armado en Colombia más específicamente de grupos guerrilleros.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Este caso único de estudio pretende, confirmar una vez más dentro del porcentaje estimativo de comorbilidad de TDAH y TND, esta característica, y que factores socio ambientales tienen su influencia significativa, especialmente aspectos de abuso sexual, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y desplazamiento forzoso.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

4. Objetivos

4.1.Objetivo General

Determinar los factores de vulnerabilidad socio-ambiental que mantienen la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante: Caso único en paciente de 9 años.

4.2.Objetivos Específicos

- Describir los factores de vulnerabilidad socio ambiental (desplazamiento forzoso, abuso sexual, disfunción familiar), como factores de mantenimiento del TDAH y TND.
- Establecer la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante.
- Analizar la presencia de factores socios ambientales que mantienen la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante: Caso único en paciente de 9 años.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

5. Historia Clínica del paciente

5.1. Identificación del paciente

El paciente es un niño de 9 años, estudiante de segundo de primaria, quien vive con sus madre, hermanos y padrastro.

5.2. Motivo de consulta

Paciente de 9 años de edad, que viene ya hace más de un año en tratamiento psicológico por la comisaria de familia del municipio de Sampues, por presentar problemas de comportamiento, sin embargo es remitido a esta dependencia a la unidad de víctimas por estar inscrito en el registro único de víctimas del conflicto armado colombiano.

La madre solicita ayuda psicológica, ya que el niño continúa presentando los mismos problemas y el tratamiento psicológico en la comisaria no ha dado resultado alguno.

[...] “la madre expresa “ya no lo puedo soportar, se va para la calle, se coloca a pedir plata a todo el mundo, una vecina me ha reportado que se le robo una plata, en el colegio me mandan a buscar cada rato a decirme que se sale de clases, no me hace caso a mí ni a nadie en la casa, se me pone agresivo, en la escuela la profesora me dice que separa de silla a molestar a otros niños, se me escapa de la casa y se queda durmiendo en los corredores, académicamente me va mal en el colegio, una vez llego con el “pipi” hinchado, se orina y se ensucia en los pantalones. Además un día me dijeron que pasa con unos muchachos del barrio vecino comprándoles drogas, y me asusta que ya este consumiendo porque ese día lo vi llegar con los ojos enrojecidos. Me da miedo porque él se expone mucho a riesgos que algún día le vaya a pasar algo. Y además su vocabulario es pesado (soez), trata mal a las hermanas con la mayor diciéndole una cantidad de groserías y con la pequeña le pega y la pellizca”.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

El paciente, por su parte, manifiesta: “Yo no voy tan mal en el colegio, pido plata para comprar bolitas de quiño, o para comer porque la comida de mi casa no me gusta, tengo una novia y tenemos relaciones sexuales, porque un día ella me dijo marica y yo no soy ningún pendejo, en la escuela mi profesora me pega, y a veces me molestan algunos niños y me toca defenderme, cuando estoy en clases me aburro y me salgo a jugar afuera, mi mama me amenaza que el bienestar familiar me va a llevar algún día de esto porque me comporto mal con ella. A veces me escapo y duermo en los corredores, una vez me fui a pie para la villa de san Benito a coger dulces en los buses que pasaban”.

5.3.Descripción de la sintomatología

El paciente presenta una conducta agresiva, desafiante, impulsiva e hipersexualizada que se describe en la dificultad que presenta para mantener un nivel adecuado de respuestas en cuanto a las exigencias de la madre, para que no salga de la casa responde con conductas de desafíos y lenguaje soez, se escapa reiteradamente de la casa para dormir en los corredores de la calle, la policía varias veces lo ha sorprendido, además presenta conducta de mendicidad y de robo, tiene baja tolerancia a la frustración realiza pataletas cada vez que no consigue lo que quiere. La frecuencia de esta conducta es diaria con una Magnitud de más de 5 veces al día y con una intensidad alta; tanto en la escuela como en la casa. BS en la escuela presenta una sintomatología combinada tanto hiperactiva como impulsiva; pero con predominio de impulsividad. Conductas de sobre actividad motora, caracterizada por pararse del puesto y salirse de clases, además de hablar e interrumpir las mismas, molestar a otros niños en el salón. Los cuadernos los destruye le arranca la hoja y en la actualidad ya no tiene útiles escolares. Se muestra inquieto, ansioso, quiere terminar rápido los deberes, se mueve mucho y con frecuencia no tolera esperar turnos. Así mismo los profesores le han reportado a la madre que en clases no presta atención, se distrae con facilidad y se sale de clases reiterativamente. Además, presenta un vocabulario soez, en la cual lo utiliza para insultar a la hermana mayor con quien tiene constantes peleas hasta el punto de llegar a las agresiones.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

El paciente presenta conductas hipersexualizada las cuales se han exacerbado aún más, B.S expresa tener relaciones sexuales con su novia que tiene 8 años y además la madre expresa que no controla esfínteres que le encuentra los interiores sucios de popo y de orina, esto sucede con una frecuencia diaria más que todo en el esfínter de la orina, la magnitud oscila cada vez que tiene ganas de ir al baño o está dormido.

5.4.Historia del problema actual

La razón por la cual la madre llevo a B.S a tratamiento psicológico tuvo lugar en primera instancia en comisaria de familia a principio de este año, la mamá lo lleva por segunda vez a psicología, ya que el niño no mejora su comportamiento. La madre expresa que B.S viene presentando estas conductas inadecuadas desde que vivían en san marcos- sucre, hace dos años, cuando hace la transición del preescolar a la primaria.

En el colegio le reportaban que el niño, le gustaba pelear, se salía de clases, y se le robaba los útiles escolares a sus compañeros, para este tiempo se la mantenía con otro niño de su misma edad y pasaban todo el día en la calle, B.S expresa que había un muchacho grande que abusaba a su amigo y lo amenazaba diciéndole que si no se iba con él lo mandaba a matar; pero que según el niño este nunca lo hizo con él porque en ese momento que esta persona le decía eso a su amigo, él estaba alcanzado mangos arriba de un árbol y no lo vio.

Posteriormente a esto la mama se separa del papa por violencia intrfamaliar y se vienen para el municipio de Sampues, sin embargo la madre expresa que cada vez que van donde el padre biológico, este los manipula diciéndoles que no le hagan caso al padrastro y mucho menos a la mama que esa casa donde viven acá es de ellos y que echen al padrastro de ahí porque él no tiene por qué vivir en su casa; esto se los expreso en semana santa que fue la última vez que vacacionaron allá.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Este año el niño fue víctima de abuso sexual por parte de un adulto, esta persona aprovecha que es un niño de calle, para valerse además de la situación económica del niño, ofreciéndole dinero por dejarse manipular, cuando se realiza el proceso de abordaje sobre el abuso sexual el paciente empieza a llorar inconsolablemente, siendo inicialmente desde la primera sesión con un afecto plano. Esta problemática coincide con el incremento de la conducta hipersexualizada del niño y la dificultad en el control de esfínteres que presenta en la actualidad.

Sin embargo la conducta de desafío también se ha exacerbado aún más. En la actualidad presenta dificultades académicas, ha perdido asignaturas, continua escapándose de la casa, además presenta conducta de robo y especialmente de mendicidad la cual realiza casi a diario.

5.5.Historia Personal

B.S nace el 5 de agosto de 2007, por parto normal sin complicaciones, sin embargo al año y medio presenta anemia aguda. Lo cual supera posteriormente.

Desde hace más del 1 año es derivado a tratamiento psicológico, sin resultados positivos.

B.S es un niño con dificultades en su conducta, es desplazado por la violencia por parte de la guerrilla del ELN cuando él tenía 4 años. En la actualidad es víctima de abuso sexual.

5.6.Historia Familiar

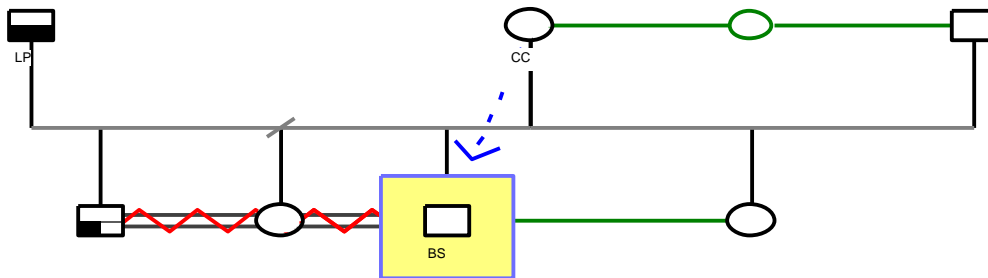
B hace parte de una familia reconstituida, compuesta por padrastro, madre, 3 hermanos de los cuales el mayor que tiene 14 años, presenta problemas de consumo de SPA pero actualmente no vive con ellos, la segunda hermana de 12 años que es víctima de abuso sexual y la última niña de año y medio que es hija de la actual pareja de la madre de B.S.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

La relación con el padrastro es conflictiva, puesto que B.S lo desobedece influenciado por su padre biológico, así mismo la relación con su hermana de 12 años es también de esta manera ya que tienes discusiones, donde el paciente la insulta y le pega, así mismo con la hermana pequeña que la molesta seguidamente. Entre las experiencias significativas negativas se encuentra un desplazamiento forzoso hace 6 años, por la guerrilla del ELN, en donde la madre expresa que fue “traumático” ya que les dieron 2 horas para desocupar las tierras, posteriormente a esto se radicaron en el municipio de san marcos y hace más o menos dos años la madre se separó del padre de B.S por violencia intrafamiliar y en la actualidad vive con otra pareja de quien tiene una niña de año y medio.

5.7. Genograma



5.8.Historia Académica

B.S inicia su escolaridad a la edad de 6 años en una vereda jurisdicción del municipio de San marcos, sucre, el proceso de adaptación según la madre fue Adecuado, sin embargo cuando pasa a la primaria empiezan a reportar del colegio problemas de disciplina, como robarle los útiles escolares a los compañeros y pegarles.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Hizo 2° de primaria, el cual repitió por cuestiones de traslado de municipio; pero académicamente ha perdido varias asignaturas, los profesores reportan a la madre que tiene problemas con la disciplina, se sale de clases, no presta atención, las tareas que inicia no las terminan, daña los cuadernos y molesta a los compañeros. En la actualidad se encuentra en grado 3.

5.9.Historia Socio afectiva

B.S es un niño con dificultades en las relaciones interpersonales ya que tiene enfrentamientos de forma constante y molesta a los niños menores que él, además se enfrenta a chicos mayores. Expresa que tiene una novia con quien tiene relaciones sexuales.

5.10. Proceso de Evaluación

Para el proceso de evaluación del paciente se requiere revisar las siguientes áreas para ser objetivos en el diagnostico a emitir, además se implicaran otros profesionales como psiquiatría infantil, neuropediatría y terapeuta ocupacional; para esto se evalúan las distintas áreas o dimensiones del paciente: emocional, procesos cognitivos, afectividad, conducta, relacional y afectividad.

Áreas evaluadas	Instrumentos utilizados
Emocional	<input type="checkbox"/> Cuestionario de depresión infantil
Procesos cognitivos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención ➤ inteligencia ➤ Distorsiones cognitivas ➤ Ideas irracionales ➤ Esquemas 	<input type="checkbox"/> Test de Caras <ul style="list-style-type: none"> ➤ CDCN- 1 Distorsiones Cognitivas para niños.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Afectividad y Conducta	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoración por psiquiatría infantil ➤ Valoración por neuropediatría si se requiere ➤ Cuestionario de Conners para padres ➤ Cuestionario de Conners para profesores ➤ Observación directa (Consultorio) ➤ Observación directa en la escuela ➤ Check list del DSM-5 para trastorno negativista desafiante ➤ SNAP-IV ➤ Entrevista semiestructurada para consumo de SPA.
Relacional	<input type="checkbox"/> Entrevista semiestructurada
Sexualidad	<input type="checkbox"/> Protocolo de NICH para víctimas de abuso sexual.

Tabla 1. Áreas evaluadas e instrumentos utilizados

5.11. Resumen de evaluación y resultados

➤ Entrevista inicial

Durante el proceso de entrevista BS, se muestra colaborador comprende las preguntas, se orienta en espacio (sabe dónde está y donde vive), tiempo (sabe qué día, mes y año) y en persona (se identifica), sin embargo no mantiene el contacto visual, se levanta muchas veces de la silla, sin embargo cuando se le pregunta BS responde correctamente (auditivo).

Se le pregunta por su familia y reconoce cada miembro por nombre y lugar que ocupan, cuando se aborda el tema de las conductas hipersexualizada este se muestra evasivo y se incomoda, tema que se le dice que se hablara en una próxima sesión.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

➤ **Cuestionario de Conners para padres (Aplicada en 24/08/2016).**

En el cuestionario de conducta de Conners el paciente obtuvo lo siguiente: este cuestionario fue aplicado por la madre del niño donde arrojo como resultado lo siguiente:

Es impulsivo, irritable, Es llorón/a, es más movido de lo normal, No puede estarse quieto/a, es destructor (ropas, juguetes, otros objetos), No acaba las cosas que empieza, se distrae fácilmente, tiene escasa atención, cambia bruscamente sus estados de ánimo, sus esfuerzos se frustran fácilmente y suele molestar frecuentemente a otros niños. Puntuación cuantitativa de **30**.

➤ **Cuestionario de Conners para padres (Aplicada en 24/01/2017).**

En el cuestionario de conducta de Conners el paciente obtuvo lo siguiente: este cuestionario fue aplicado por la madre del niño donde arrojo como resultado lo siguiente:

Esta bastante impulsivo, irritable, llorón/a, es poco movido de lo normal, puede estarse quieto/a, es poco destructor (ropas, juguetes, otros objetos), actualmente está cuidando sus objetos y útiles escolares en las tareas aun continua con la dificultad que no las termina, se distrae poco, lo cual ha mejorado su atención, sin embargo sus estados de ánimo son fluctuantes, sus esfuerzos se frustran fácilmente y suele molestar frecuentemente a otros niños. Puntuación cuantitativa de **16**.

➤ **Cuestionario de Conners forma abreviada. para profesores (Aplicada 07/09/2016).**

En el cuestionario de conducta de Conners para profesores el paciente obtuvo lo siguiente: este cuestionario fue aplicado por la docente del niño. Y arrojo los siguientes resultados.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

Es impulsivo, irritable, Es llorón/a, es más movido de lo normal, No puede estar quieto/a, es destructor (ropas, juguetes, otros objetos), No acaba las cosas que empieza, se distrae fácilmente, tiene escasa atención, cambia bruscamente sus estados de ánimo, sus esfuerzos se frustran fácilmente y suele molestar frecuentemente a otros niños. Puntuación cuantitativa de **26**.

➤ **Cuestionario de Conners forma abreviada. para profesores (Aplicada 07/02/2017).**

En el cuestionario de conducta de Conners para profesores el paciente obtuvo lo siguiente: este cuestionario fue aplicado por la docente del niño. Y arrojo los siguientes resultados

Esta poco impulsivo, irritable, Es llorón en el colegio, esta poco movido. No puede está permaneciendo quieto/a, por periodos mas prolongados esta destructor (ropas, juguetes, otros objetos), en el colegio cuando empieza una tarea trata de terminarla aunque con dificultad pero lo logra, se distrae poco, tiene poca atención, la profesora reporta que a diferencia del año pasado esta más atento, cambia bruscamente sus estados de ánimo, sus esfuerzos se frustran fácilmente y suele molestar frecuentemente a otros niños. Puntuación cuantitativa de **20**

➤ **SNAP-IV (aplicada 24/08/2016)**

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

6. Desatención

En el área de desatención se obtuvo que a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos, parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (no por rebeldía ni por incapacidad para comprender instrucciones), a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades, evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, extravía objetos necesarios para tareas o actividades, se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, y es descuidado en las actividades diarias.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

7. Hiperactividad

A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento, abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud), tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor, y habla en exceso.

Sintomatología TDAH presentación combinada.

➤ **SNAP-IV (aplicada 24/01/2017)**

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

8. Desatención

En el área de desatención se obtuvo que a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos, parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (no por rebeldía ni por incapacidad para comprender instrucciones), a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades, evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, extravía objetos necesarios para tareas o actividades, se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, y es descuidado en las actividades diarias.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

9. Hiperactividad

A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento, abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud), tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor, y habla en exceso.

Aunque en esta aplicación realizada 3 meses posterior al tratamiento farmacológico continua presentando Sintomatología TDAH presentación combinada, sin embargo las puntuaciones disminuyeron algunas que estaban en mucho bajaron a bastante y poco.

➤ Test de Caras (Aplicación 07/09/2016).

Procesa de forma rápida los detalles de los estímulos visuales y es preciso en los juicios que realiza. Comete pocos errores y responde correctamente a un alto número de ítems. En las tareas que impliquen una percepción visual rápida y precisa, obtendrá un rendimiento muy bueno.

Sin embargo BS en la impulsividad se acerca a puntuaciones bajas lo cual indica que en la ejecución de la tarea, no es reflexivo a la hora de realizar los juicios de semejanza/diferencia. Una falta de control inhibitorio conlleva la comisión de un alto número de errores y de aciertos por azar.

Pero esta última medida la podemos analizar de forma independiente para el caso de

BS se establece el estilo de respuesta **eficaz/impulsivo**.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

➤ **Test de Caras (Aplicación 07/02/2017).**

Procesa de forma rápida los detalles de los estímulos visuales y es preciso en los juicios que realiza. Comete pocos errores y responde correctamente a un alto número de ítems. En las tareas que impliquen una percepción visual rápida y precisa, obtendrá un rendimiento muy bueno.

En esta aplicación la impulsividad estuvo dentro de las puntuaciones medias, lo cual puede indicar una adherencia a la medicación de forma adecuada.

➤ **Check list de TND del DSM-5 (07/09/2016)**

Se aplica Check list del TND obteniendo los siguientes resultados en la sección de enfado e irritabilidad es un niño que a menudo pierde la calma, esta susceptible o se molesta con facilidad, se halla enfadado y resentido.

Así mismo es un chico que discute con los adultos, los desafía activamente y rechaza satisfacer la petición de figuras de autoridad, a menudo culpa a otros por sus errores o por su mal comportamiento.

➤ **Entrevistas semiestructurada para indagar consumo de sustancias (12/09/2016)**

En el apartado de la entrevista semiestructurada del texto evaluación infantil: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas, se obtuvieron las siguientes respuestas.

T: ¿alguien en tu familia consume alcohol o drogas?

P: si, mi papa toma alcohol, y mi hermano consume drogas “marihuana”.

T: ¿cuéntame sobre eso?

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

P: mi papa cuando llegaba borracho le pegaba a mi mama, y mi hermano mayor a veces se le robaba cosas a mi mama y que para comprar el vicio.

T: ¿algunos de tus amigos vende o le da drogas a otros chicos, digamos a ti te han ofrecido?

P: ... ellos a veces me piden favores de llevarles esas bolsitas a otros pelados grandes, a mi ellos me han ofrecido pero yo no consumo eso, porque es malo.

➤ **CDI**

En la actualidad BS esta sin sintomatología depresiva, (Puntuación 14) lo cual indica que no presenta síntomas que incluyan humor deprimido, disminución en el nivel de energía, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, pensamiento y movimiento lentos.

➤ **Protocolo de NICH**

Se realiza remisión y articulación del caso en comisaria de familia por sospecha de abuso sexual, donde se me solicita la entrevista del niño, por la empatía que este tiene con la terapeuta, esto por recomendación durante la asistencia técnica en el **ICBF** centro zonal Boston de la ciudad de Sincelejo, realizada el 15 de octubre de 2016. Obteniéndose las siguientes respuestas. Sin embargo el niño muestra resistencia en algunas preguntas, pero se intenta facilitar la estrategia a través de un ambiente de confianza, donde este pueda expresar lo que le sucedió durante esta experiencia de abuso.

T: “Hola, mi nombre es Sandra Soy tu psicóloga, sabes que ya tú y yo venimos trabajando hace un mes y parte de mi trabajo consiste en preguntar a los niños acerca de cosas que les han sucedido”.

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

“Como puedes ver tengo una grabadora aquí. Grabará nuestra conversación para poder recordar cualquier cosa que me digas. A veces olvido las cosas y la grabadora me permite escucharte sin tener que escribirlo todo”.

“Me he entrevistado con muchos niños, y durante nuestras entrevistas ellos me han contado la verdad acerca de las cosas que les sucedieron. Quiero estar seguro de que has entendido la diferencia entre la verdad y la mentira: Si yo te digo, por ejemplo, que mis zapatos eran azules (o rojos, o verdes, lo que corresponda), ¿es esto verdad o mentira?”

P: es mentira porque son dorados.

T: “Si, así es B, esto sería una mentira porque mis zapatos son realmente dorados. Y si, por ejemplo, te digo que tú y yo nos encontramos ayer, ¿sería esto verdad o mentira?”

(Se espera la respuesta).

P: sería mentira, porque tú y yo ayer no nos vimos.

T: “He visto que entiendes la diferencia entre decirme la verdad y decirme una mentira. Es muy importante que solo me digas la verdad hoy. Debes decirme solo cosas que realmente te hayan pasado”.

(Se espera la respuesta).

P: sí.

T: “Si yo te hago una pregunta que no entiendes, o no recuerdas la respuesta, dime: No lo sé. Si digo cosas que están equivocadas, debes corregirme, ¿vale? Por ejemplo, si yo digo que eres una niña de 6 años (a un niño de 10 años), ¿qué dirías?”

(Se espera la respuesta).

P: ira, yo soy un niño de 9 años.

T: “Muy bien. Ahora has entendido que puedes corregirme si cometo un error o digo algo que esté equivocado”.

T: “Ahora, quiero conocerte un poco mejor. Dime algo sobre ti y tu familia”.

(Se espera la respuesta)

P: no responde

Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.

Sandra Milena Morales Miranda

T: “Realmente quiero conocerte mejor, ¿qué más puedes decirme sobre ti?”

(Se espera la respuesta)

P: no responde

T: “¿Qué más puedes decirme sobre tu familia?”

(Se espera la respuesta).

P: mi hermana E.S, es una puta.

T: como así, porque la llamas así.

P: porque ella se acuesta con unos viejos, que le dan plata.

T: y tu como sabes eso

P: porque yo la he acompañado.

T: a donde la acompañas.

P: a la casa de esos señores malos.

T: en el momento que tu hermana se encuentra con ellos, tu estas con ella también?

P: si, pero yo la espero afuera.

T: afuera, que parte de la casa.

P: del cuarto donde la meten.

T: ¿y tú que haces en ese tiempo?

P: a mí... También me hace lo mismo otro señor o a veces el mismo.

T: ¿qué te hacen?

P: se queda callado... sin embargo dice me ponen a cortar perra.

T: es decir tienes relaciones sexuales con un animal “perra”.

P: aja así, y a veces ese señor me dice que se lo chupe.

T: se le muestra un dibujo, ¿que le chupes que, me puedes señalar la parte del cuerpo, que este señor te dice que le chupes.

P: señala el pene. Con vergüenza

T: después de lo que me has comentado hoy “Dime que te preocupa”

P: que ese señor me vuelva hacer eso otra vez a mi o a mi hermana.

9.1. Conceptualización Diagnóstica y Diferencial

Eje I: Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (F90.1) Presentación combinada-
predominante hiperactiva/impulsiva

Trastorno negativista desafiante. (F 91.3), gravedad actual moderada.

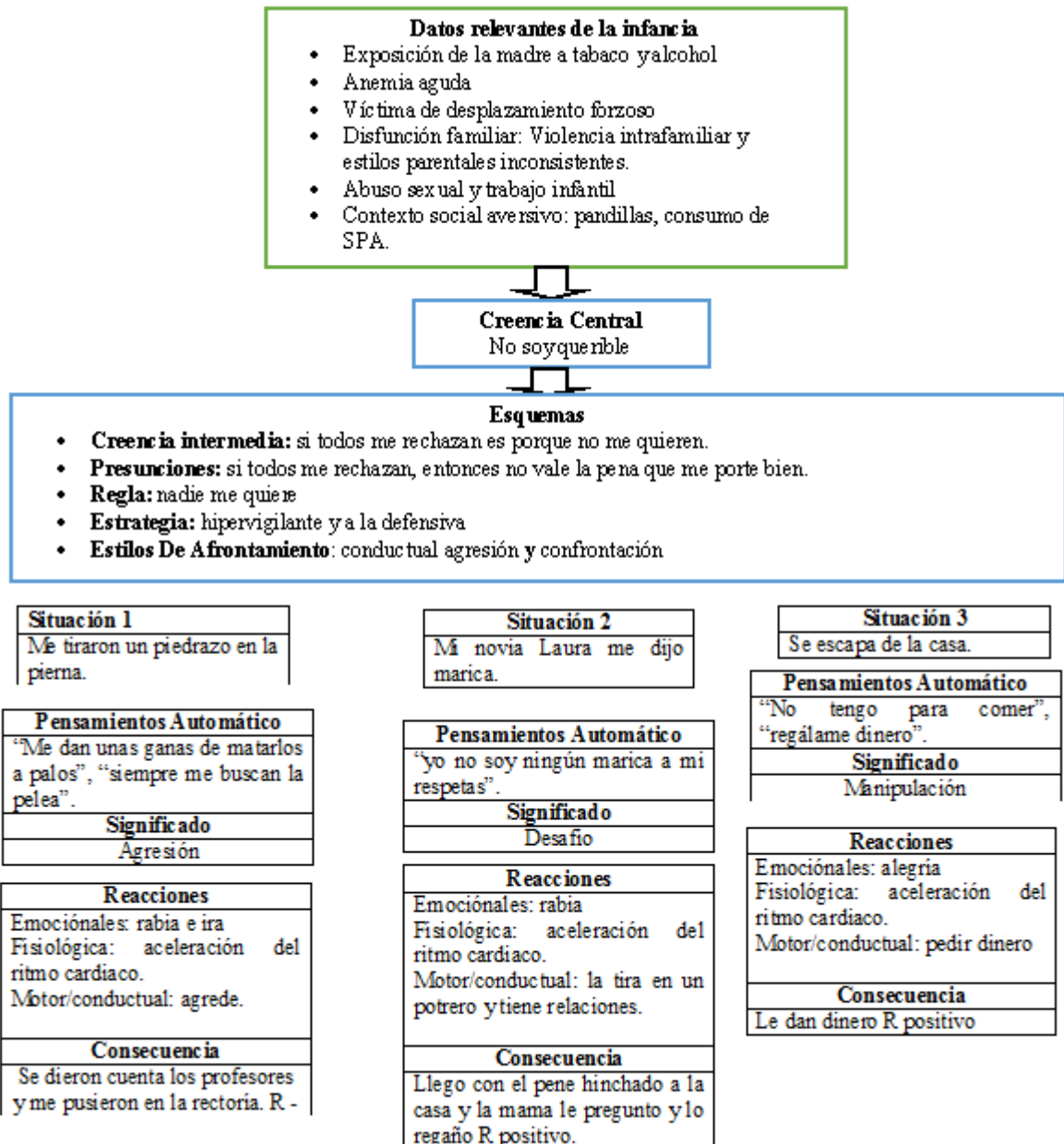
Eje II: cursa características para establecer un TPA.

Eje III: No reporta

Eje IV: Problemas en el grupo de apoyo, Abuso sexual, disfunción familiar, trabajo infantil,
exposición a SPA, presencia de pandilla en el contexto.

Eje V: 51 gravedad actual moderada

1. CONCEPTUALIZACION COGNITIVA



9.1.1. Curso del tratamiento

Sesiones	Descripción	Observaciones	Obstáculos
1	Se realiza psicoeducación al paciente y a la familia sobre la entidad diagnóstica de TDAH. Y se realiza remisión a psiquiatría infantil y neuropsiquiatría.	En la técnica de psicoeducación se observó, la aceptación y el compromiso de los miembros de la familia en la entidad diagnóstica.	
2	Se continúa realiza psicoeducación al paciente y a la familia sobre la entidad diagnóstica de TDAH y TND. En esta sesión se explica la comorbilidad prevalente entre estos dos diagnósticos.	Se observó, la aceptación y el compromiso de los miembros de la familia en la entidad diagnóstica.	
3	Esta sesión se realiza a nivel familiar, donde se trabaja habilidades sociales: expresión de sentimientos positivos.	En las observaciones realizadas, se observa que es donde más presentan dificultades, no expresan adecuadamente sus emociones, lo realizan de forma hostil y agresiva, por parte de todos los miembros.	Invalidación de emociones por parte de la madre del paciente.

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

4	En esta sesión familiar se continúa trabajando el área emocional, aquí se identifican y reconocen emociones en el otro.	Durante el modelamiento de esta habilidad social, se mostraron los dos polos el adecuado e inadecuado de la identificación y reconocimiento de emociones.	En el modelamiento se observa que se les facilita más lo inadecuado, sin embargo, la madre del paciente, mejora en esta habilidad.
5	En esta sesión familiar se continúa trabajando el área emocional, aquí se aprenden a dar y recibir elogios.	En esta sesión se observa que la mama refuerza y reconoce al paciente de forma positiva, ya que en el transcurso de la semana, no reportaron mala disciplina en la escuela.	
6	En esta sesión familiar se evalúan las habilidades sociales en la familia, a través de ensayos conductuales.	Se observa a la familia con mejora significativa en la práctica de las habilidades sociales.	

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

7	En esta sesión me traslado al lugar de residencia del paciente sin aviso previo, para observar el funcionamiento de la dinámica familiar.	Durante esta visita, se observa que la familia práctica lo aprendido, se evidencia validación de emociones ente sus miembros.	
8	En esta sesión realizo visita al colegio donde estudia el niño. A realizar las observaciones y entrenamiento del docente en el manejo de las conductas problemas: hiperactividad, agresividad e impulsividad	El docente se muestra receptivo durante el entrenamiento, toma apuntes en las diferentes técnicas como es el time out y economía de fichas. El docente agrega que el niño ha mejorado significativamente su comportamiento y que está llevando las tareas que ella le coloca.	
9	En esta sesión se trabaja en la regulación emocional para las conductas de: hiperactividad, agresividad e impulsividad. Técnica de la tortuga.	Durante la observación del paciente este imita las conductas de la tortuga cuando ve el video. Posteriormente la reproduce de forma adecuada, hace uso de autoinstrucciones dentro de la técnica, lo cual s hace	

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

		aún más eficaz el tratamiento.	
10	En esta sesión se continúa en regulación emocional para las conductas de: hiperactividad, agresividad e impulsividad. Con la técnica de relajación progresiva de Jacobson. E inhibición de respuestas. Se deja tareas para la casa y se trabaja en base de premios y castigos a través de la economía de fichas.	Se observa el paciente relajado por completo, hasta indica que tiene mucho sueño, para esta sesión el paciente esta medicado con atomoxetina y risperidona.	
11	En esta sesión se continúa en regulación emocional para las conductas de: hiperactividad, agresividad e impulsividad. Se revisa las tareas dejadas en sesión anterior y se aplica Retest de escala Conners para padres.	Se observa en la escala Conners que las puntuaciones bajaron significativamente.	
12	En esta sesión se continúa en regulación emocional para las	Se observa en la escala Conners que las	

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

	conductas de: hiperactividad, agresividad e impulsividad. Me traslado a la escuela y se aplica Retest de escala Conners para profesores	puntuaciones bajaron significativamente. La profesora me reporta conducta hipersexualizada con unos niños en la escuela.	
12	En esta sesión indago sobre lo reportado en el colegio sobre conducta hipersexualizada y aflora una preocupación de la madre, acerca de una situación, se realiza análisis funcional de esta misma donde la madre habla sobre: el antecedente, respuestas de tipo emocional, motor, psicofisiológicas y consecuencias. Dicha situación el niño se asusta al ver una persona sentada en el parque, se le acelera el ritmo cardiaco, le expresa a la mamá que se vayan por otra calle, que por ahí no pasen, porque esta una persona a la cual le teme. Le digo a la madre que ingrese el niño, hago otras preguntas sobre control de esfínteres, y conducta sexualizada	Cuando empiezo el abordaje de sospecha de abuso sexual en la aplicación del protocolo de NICH, y llego al punto de si hay alguna persona que te hace cosas que a ti no te gustan, el paciente empieza a llorar inconsolablemente y me cuenta lo sucedido, inmediatamente reporto y articulo con SNBF, a la autoridad comisaria de familia y traslado el caso que por competencia le corresponde y realizo el informe, anexando la entrevista para evitar revictimización. Y se activa el protocolo de salud: para clínicos y	

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

	reportada en la visita del colegio.	remisión a psicología para tratamiento de ASI.	
13	En esta sesión se trabaja reestructuración cognitiva para distorsiones e impulsividad.	Se observa que en esta sesión el niño, ha mejorado la impulsividad cognitiva, espera que yo le de las instrucciones para trabajar con las historias. Y se trabaja también con autoinstrucciones de cómo enfrentar problemas en la escuela.	
14	En esta sesión se trabaja en el rendimiento académico, reportado inicialmente por la docente.	Observamos que la docente reporto buenas calificaciones y mejoramiento en este atreves del informe final el cual promueven al niño de 2° a 3°. No necesito las terapias ocupacionales. Y la mama además le busco refuerzo en casa. Lo cual se evidencio la mejora de la competencia parental en el compromiso con el hijo.	
15	En esta sesión se realiza el cierre del tratamiento		

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

	terapéutico, haciendo énfasis en la prevención de recaídas.		
16	Se realiza sesión de seguimiento después de un mes de dado de alta	La madre reporta que se ha manejado adecuadamente, pero que le preocupa que vengan unos primos de vacaciones.	
17	En esta sesión de seguimiento se llama telefónicamente a la madre de BS y esta reporta que está desbordado, aparte que se le acabo la medicación y que los primos están vacacionando	Se hace remisión a psiquiatría, donde este aumenta la dosis, por los 15 días que estuvo sin medicación, se hace entrenamiento en el manejo de conductas y prevención de recaídas.	
18	Para este llamado telefónico la madre expresa tranquilidad porque nuevamente se está manejando adecuadamente.		

10. Descripción Detallada De Las Sesiones

10.1. Sesión N° 13: evaluar la impulsividad cognitiva.

En esta sesión se evalúa a BS en el área cognitiva, para establecer si presenta impulsividad, a través del test de caras.

T: En esta sesión BS aplicaremos una prueba psicológica, que se llama el test de caras, ya tú lo conoces, ya lo hemos aplicado, te voy a dar un tiempo de 3 minutos para que respondas y señales cuales la cara diferente en este material que te voy a entregar.

P: doc. Pero eso no es difícil, no me va hacer una calificación, pero puedo salir un momento

T: claro, entonces hagamos un tiempo fuera, estírate, levanta los brazos, tomas aire y en 5 minutos nos vemos nuevamente en el consultorio, para que iniciemos.

P: bueno.

T: te voy a enseñar para que veas que son unas caras donde tú vas a subrayar cual es la cara diferente, hagamos un ejemplo se le hace un modelado.

P: ah es sencillo.

T: bueno BS hemos terminado la sesión de hoy, espero verte en la próxima y continuar haciendo algunos ejercicios y preguntarte algunas cosas que me gustaría saber.

P: bueno.

Observación del terapeuta: durante la evaluación de la impulsividad cognitiva del paciente se observó que este, durante la aplicación de la prueba movía los pies de forma constante, al dar las instrucciones interrumpía con frecuencia, en la realización del test cometió errores.

10.2. Sesión N° 6: Entrenar al paciente en autocontrol (técnica de la tortuga)

10.3. La mama reporto que BS tuvo una riña en la escuela, lo que se busca con la técnica es que tenga autocontrol sobre sus emociones cuando identifique que sienta enojo y aprenda a manejarlo.

T: hola BS como estas, ¿cómo te sientes hoy?

P: hola doc., no tan bien, es que ayer tuve una pelea en el colegio, porque un niño me hizo enojar.

T: me quieres contar que fue lo que te hizo enojar

P: está bien... me estaban tirando piedras donde yo jugaba con unos amigos bolitas.

T: ok, y cuéntame que hiciste cuando ellos te tiraron piedras.

P: cogí un palo y les pegue.

T: que sentiste y que pensaste.

P: sentí rabia, y quería matarlos.

T: ¿y tú crees que esa era la solución?

P:Es que me dio mucha rabia y no pude controlarme.

T: pero existen otras soluciones o maneras de resolver esas situaciones, puedes identificar otras.

P: sí, como decírselo a la profesora, o decirles que no me molesten sin pegarles.

T: Hoy precisamente vamos hacer un entrenamiento en autocontrol, donde vamos a utilizar la técnica de la tortuga, te voy a mostrar un video para que una vez lo veas vamos a ensayarlo, primero me observarás a mí y luego tú lo harás vale.

P: bueno

T: BS te tienes replegar dentro del caparazón imaginario cuando te sientas amenazado, y al ni poder controlar sus impulsos y emociones En la práctica: cuando escuches la palabra tortuga te encoges, cerrando tu cuerpo, metiendo la cabeza entre sus brazos. (Se le modela la técnica).

P: es decir cuando este enojado, mejor me meto en mi caparazón para que la profesora no me castigue porque le pego a otros niños.

T: así lo harás en la casa también, y cuando logres estar calmado podrás decirle a tu profesora o a tus padres que es lo que te hizo enojar.

P: bueno doc.

T: te voy a dejar una tarea para la casa, me vas a hacer un registro o una lista donde me escribirás cuantas veces y en que situaciones te volviste tortuga durante esta semana y en 8 días revisamos tareas.

P: bueno doc., yo la voy hacer.

10.4. Sesión N° 11: Reestructurar distorsiones cognitivas asociadas a pensamiento dicotómico.

En esta sesión se hace reestructuración cognitiva y debate de pensamientos irracionales que presenta el paciente, acerca de su esquema asociado al desamor y la incompetencia.

T: en esta sesión BS trabajaremos reestructuración cognitiva, que significa, que vamos a identificar algunos pensamientos desagradables que pasan por tu mente, recuerda que la vez pasada realizamos un cuestionario sobre distorsiones cognitivas en las que te pregunte acerca por ejemplo, si te sentías culpable de comportarte mal en el colegio o en la casa, recuerda que me dijiste que sí, que a veces te sientas rechazado porque percibías que nadie te quería.

P: si me acuerdo doc., todavía siento eso que nadie juega conmigo porque soy malo y no hago las tareas.

T: a cerca de ese pensamiento sobre “nadie juega conmigo porque soy malo”.

P: si doc.

T: yo te voy a enseñar en el día de hoy unas historias sobre esos pensamientos que les llegan a la mente a los niños como tú. Se llama Juanma El Exagerado, A Juanma le encanta jugar a los bolos, los sábados suele ir con su familia a una bolera que hay en un centro comercial cerca de su casa. Durante todo el tiempo que lleva jugando, suele ganar a los demás miembros de su familia y además con muy buenas puntuaciones. El sábado pasado Juanma tuvo una mala tarde de bolos y quedó el tercero en las clasificaciones por detrás de su padre y su hermana Ana. Entonces Juanma pensó: “soy un desastre, soy el peor jugador de bolos del mundo”, “Ya no quiero jugar nunca más, no valgo para nada”. ¿Cómo se siente Juanma?

P: se siente mal, porque quedo de tercero.

T: ¿Tú crees que Juanma es un mal jugador de bolos?

P: no, porque a veces uno puede perder

T: ¿Si te hubiera pasado lo mismo que a Juanma o algo parecido, cómo te hubieras sentido tú?

P: me hubiese sentido triste.

T: Imagina que después de la mala tarde de bolos Juanma hubiera pensado: “¡Qué mala suerte, esta vez he perdido!, bueno es que mi padre y mi hermana han tenido mucha suerte y han jugado muy bien. ¡El próximo día trataré de hacerlo mejor! Lo importante es que me he divertido con mi familia. ¿Cómo se sentiría ahora?

P: bueno, como me divertí mucho jugando a los bolos, aunque no ocupe el primer puesto, siento que me divertí mucho y pasando una tarde en familia más.

T: entonces, tú en algunas ocasiones como hoy me dijiste que nadie juega contigo, porque eres malo y no haces las tareas, cuéntame que tan real es eso o te han dicho algo tus amigos sobre eso que tú piensas.

P: lo que pasa, es que yo a veces no los dejo jugar, porque quiero el balón para mí solo, entonces por eso a veces no me invita a jugar con ellos.

T: es decir tú reconoces que a veces eres un poco egoísta por no compartir tus juguetes y ese es el motivo por el cual ellos no te invitan a jugar.

P: aja, pero yo se los voy a prestar para que ellos quieran jugar conmigo, aunque ellos me convidan, bueno ellos no son tan malos, yo soy el que a veces no se me comporta.

T: entonces ahora que piensas acerca de ese pensamiento, “nadie quiere jugar conmigo”.

P: pienso, que yo soy el de esa idea, porque ellos me invitan a sus juegos y que a veces yo me comporto egoísta con ellos y digo así.

T: que bien B.S, te fijas que ya estamos modificando positivamente algunos de tus pensamientos que no te ayudan a comportarte bien algunas veces.

P: si y sonrío...

T: bueno B.S hasta aquí la sesión de hoy nos vemos la próxima semana.

P: bueno doc.

6.4. Sesión N° 14: Entrenamiento para disminuir la impulsividad cognitiva.

En esta sesión se trabaja en la impulsividad cognitiva a través del auto instrucciones.

T: hola B.S, en la sesión de hoy vamos a trabajar en la impulsividad, que te impide esperar turnos, incluirte en conversaciones que no te han llamado, en actuar de forma rápida cuando alguien te hace algo.

P: bueno doc.

T: te explicare en que consiste las auto instrucciones verbales, esto es una técnica que Consiste en usar 6 auto instrucciones o pasos para la solución, cada auto instrucción o autoafirmación representa una etapa en la solución de problemas.

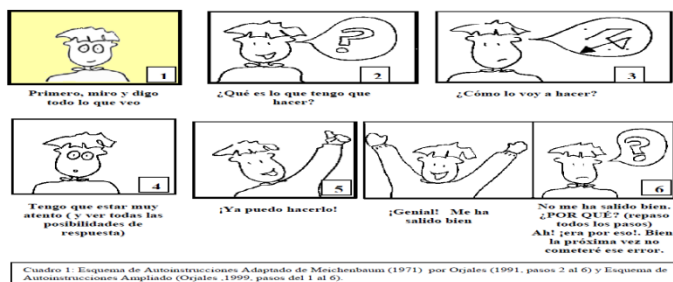
Ahora nos plantearemos un problema o recordaremos en los análisis funcionales la situación de la discusión que tuviste en el colegio.

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

P: si recuerdo el día que pelie en el colegio.

T: muy bien

T: te mostrare unas tarjetas pistas, vamos con la primera, entonces la situación es: unos niños me molestaron en el colegio cuando jugaba con un amigo.



P: estos niños me están molestando, sin yo hacerles nada, ellos son más grandes que yo, mi profesora esta de frente y se está dando cuenta.

T: muy bien ya dijiste lo que ves. Ahora que es lo que tienes que hacer.

P: decirles que dejen de molestarme, porque si no llamo a la profesora.

T: muy bien, como lo vas hacer.

P: sin molestarme me les acercare, les diré que me dejen tranquilo, porque a ellos no les gustaría que nosotros les dañemos el juego que tienes, que respeten.

T: muy bien B.S,

P: esperare a ver qué me dicen o hacen y actuare.

T: que pasaría después

P: se irán o si continúan molestando se lo diré a la profesora.

T: muy bien, mira que es muy fácil esperar, observar y actuar de una forma tranquila y no agresiva como lo hiciste ese día.

6.5 Sesión N° 17

En esta sesión se trabaja distribución del tiempo libre y hábitos de estudio.

T: buenas tardes B.S, en esta sesión trabajemos en la distribución del tiempo libre y hábitos de estudio para reforzar la parte académica en la que has tenido dificultades.

P: si doc. Sobre todo en sociales y español.

T: bueno realizaremos un cronograma de actividades semanalmente, teniendo en cuenta los compromisos en la escuela.

P: esta semana tengo evaluaciones de matemática y sociales, entrega de un trabajo de artística.

T: perfecto, entonces en esta hojita vamos hacer el cronograma.

P: realiza el cronograma y agrega que hará en los tiempos libres.

T: se da por terminada la sesión.

11. Marco Conceptual

En este apartado se realizara una revisión teórica de los distintos conceptos, que hace referencia a este estudio único de caso clínico, referido a TDAH, TND, factores socio ambiental y comorbilidad.

11.1. Modelos explicativos del TDAH

✓ Teorías Biológicas

Desde las primeras descripciones del trastorno a principios de siglo, se ha especulado sobre un posible origen biológico de la hiperactividad (traumas del nacimiento, infecciones, sustancias tóxicas, etc., sin resultados claros a nivel experimental. (Caballo & Simón, 2001)

Por otra parte, y centrándonos en aspectos cerebrales, específicamente el área cortical, Strass Lehtinen (1947) acuñaron, en los años cuarenta, el termino de niños con lesión cerebral para todos los que presentaban retrasos en el desarrollo y deficiencia mental sin causa detectable. Las conductas de sobreactividad se relacionaron estrechamente con un pobre desarrollo de la inteligencia, y el término, que en la siguiente década evolucionó a disfunción cerebral mínima, se fue centrando cada vez más en niños con dificultades de aprendizaje, de adaptación o con conductas hiperactivas. El término fue ampliamente criticado en la década de los sesenta por su laxitud y falta de evidencias experimentales (Barkley, 1990).

Otras hipótesis explicativas, se han centrado en demostrar la presencia bien de una sobre activación o bien de una infra activación cortical (Manga, Fournier y Navarredonde, 1995).

✓ El modelo atencional de Virginia Douglas

Caballo & Simón, Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, 2001)
Hasta la década de los setenta el trastorno reconocido bajo la etiqueta de hiperactividad tenía ese nombre, sin duda para priorizar la sobreactividad motora por encima de otros síntomas que le podían caracterizar, como los atencionales o falta de autocontrol. A principios de los setenta, Virginia Douglas y su equipo del Instituto McGill de Canadá revolucionaron el campo de la investigación y fueron los responsables de la distinción entre trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad. Es evidente que el área atencional pasó a primer plano. (Caballo & Simón, 2001)

Douglas presentó datos sorprendentes hasta ese momento que señalaban que los niños hiperactivos no tenían necesariamente que presentar dificultades de aprendizajes atribuibles a problemas de audición, memoria a corto plazo u otros habituales en estos casos. Además, no era necesario ningún tipo de estímulo distractor para que surgieran sus problemas de atención sostenida (cualquier tarea de vigilancia o atención sostenida que demandase rendimiento continuado era suficiente) y, por otra parte, en condiciones lúdicas no mostraban más distrabilidad que los otros niños. Finalmente, también se apuntó que su rendimiento sobre estas tareas de vigilancia podía mejorar mucho con programas de refuerzo continuo e inmediato, y también con el uso de fármacos estimulantes. (Caballo & Simón, 2001)

Durante los últimos veinte años el modelo atencional de V. Douglas ha abierto numerosas vías de investigación, ha sido formulado y reformulado en distintas ocasiones y ha tenido una gran influencia en los sistemas de diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, conceptualización de la hiperactividad. De modo muy breve, vamos a esbozar sus características básicas. (Caballo & Simon , Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, 2001)

Los niños que presentan hiperactividad, normalmente parten de unas predisposiciones básicas interrelacionadas. Podemos resumirlas en cuatro: Un rechazo o muy poco interés para dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas. Una tendencia a la búsqueda de la estimulación y/o gratificación inmediata, que se complementa con una falta de impacto de estímulos aversivos que en la mayoría de niños producen modificaciones de comportamiento. Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas, casi siempre erróneas. Poca capacidad para regular la activación o los estados o los estados de alerta que requiere la solución de determinadas tareas. Estas predisposiciones pueden deberse a factores constitucionales, o a factores socio familiares tales como, por ejemplo, un estilo educativo inconsistente o muy directivo, un ambiente familiar desordenado o confuso, el refuerzo de las conductas impulsivas o la falta del mismo en las primeras interacciones del niño para la solución de determinados problemas, etc. Sea como fuere la presencia de estas características en el comportamiento del niño, por otro lado visibles ya desde los primeros años, inducen o se relacionan con unas deficiencias secundarias, normalmente al inicio de la edad escolar. (Caballo & Simón, Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, 2001)

✓ El modelo motivacional de Russell Barkley: Déficit en las conductas gobernadas por reglas.

A mediados de los años ochenta surgió una visión herética del trastorno hiperactivo, tal como la califica su actual impulsor, Barkley (1990), centrada en la presencia de déficit motivacionales como la raíz principal del problema. En términos generales, el modelo parte de la base situacional de las conductas hiperactivas y la gran influencia que tienen los factores instruccionales y motivacionales para desencadenarlas. (Caballo & Simón, 2001)

Barkley (1990), y otros autores de modo independiente comienzan a cuestionarse el papel principal de la atención en la hiperactividad y dan prioridad a una característica, por otra parte ya conocida, de estos niños: déficit en sus respuestas a las consecuencias ambientales. Es decir, reforzadores positivos y estímulos aversivos que afectan el

comportamiento en la mayoría de los niños, muestran efectos muy débiles en los casos de hiperactividad. (Caballo & Simón, 2001) Desde el punto de vista del modelo motivacional, las teorías atencionales o cognitivas en general, presentan muchas dificultades de validación, entre otras cosas, porque hay que asumir principios (o predisposiciones) difíciles de comprobar. Por otra parte, tal y como comentamos anteriormente, la naturaleza multidimensional de la sintomatología básica de la hiperactividad y, sobre todo, su variabilidad situacional, induce a recuperar la metodología clásica del análisis funcional. Skinner (1953), realizó un análisis de la atención, la impulsividad y el autocontrol desde el punto de vista del control de estímulos. La atención puede definirse como a relación entre el estímulo ambiental y la conducta del individuo; la impulsividad es una respuesta rápida e incorrecta ante las demandas de un estímulo y la falta de autocontrol es una incapacidad para postergar eventos o reforzadores. (Caballo & Simon , 2001)

A finales de los años ochenta, el Dr. Barkley, director dela sección de psicología del hospital clínico de la universidad de Massachusetts, propone un modelo explicativo del TDAH que supone la reconceptualización de los síntomas tradicionales de inatención e impulsividad, y propone que el comportamiento de estos niños con TDAH refleja dos tipos de déficit: una incapacidad para generar conductas dirigidas por reglas o rule gobernad behaviors (aquellas en las que los objetivos y las consecuencias de una conducta dependen de estímulos verbales y no se presentan en el ambiente) y una respuesta anormal a las consecuencias del entorno: una menor reacción a estímulos reforzadores, un efecto inusualmente rápido de saciedad o habituación a ciertos estímulos y un déficit en la respuesta a los programas de refuerzo (Servera-Barceló, 2005). Con el tiempo y basándose en los modelos precedentes, Berkley da forma a un modelo integrador denominado Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas (Barkley, 1997). Aunque dicho modelo no refleja en si mismo, la importancia del ambiente como modulador de la expresión sintomatológica del trastorno y se centra únicamente en tratar de explicar que factores neurológicos y psicológicos pueden estar interviniendo en el mismo, aporta información de gran utilidad para una mejor comprensión del TDAH. Barkley enfoca el TDAH como un trastorno en el desarrollo de la

inhibición conductual, entendiendo por autocontrol o autorregulación, la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inicio ante la aparición de un determinado estímulo; proteger su pensamiento de distracciones externas o internas y; elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera (Barkley, 1997). Durante estos momentos de demora de la respuesta se ponen en marcha las funciones ejecutivas definidas, por este autor, como todas aquellas actividades mentales auto dirigidas que ayudan al individuo resistir la distracción, a fijarse unas metas nuevas más adecuadas que la respuesta inhibida inicial y a dar los pasos necesarios para poder alcanzarlas. (Orjales Villar I. , 2007) Los sujetos con TDAH tendrán dificultades en estos procesos: (1) inhibir las respuestas inmediatas a un determinado estímulo o evento, (2) interrumpir la respuesta activada ante una orden o ante el feedback de sus errores (sensibilidad a los errores), y (3) proteger ese tiempo de latencia y el periodo de autorregulación (control ejecutivo) de fuentes de interferencia (control de interferencia o resistencia a la distracción) Cuatro son las funciones ejecutivas que para este autor, tienen un correlato neurofisiológico y estarían alteradas en los niños con TDAH: (1) la acción de la memoria de trabajo (o memoria de trabajo no verbal) que posibilita la retención de la información para su utilización una vez desaparecido el estímulo que la originó, lo que afectaría en los sujetos con TDAH a la percepción retrospectiva, a su capacidad de previsión, a la conciencia y dominio del tiempo, y a la capacidad de imitación de un comportamiento nuevo y complejo a partir de la observación de otras personas. (2) El habla auto dirigida o encubierta (o memoria de trabajo verbal) que permite, de forma autónoma regular el comportamiento, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir “meta-reglas”. Lo que supondría para el sujeto con TDAH una dificultad mayor para regular su comportamiento y sería responsable de su escaso auto controlarse y auto Preguntarse. (3) El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta, lo que explicaría según este autor la tendencia de los sujetos con TDAH a manifestar todas sus emociones sin poderlas censurar con la misma madurez que las personas de su edad y su dificultad para autorregular los impulsos, la motivación y las emociones. (4) El proceso de reconstitución que consta, a su vez de dos subprocesos: la fragmentación de las conductas observadas y la recombinación de sus partes para el diseño

de nuevas acciones. Los sujetos con TDAH carecerían de la flexibilidad cognitiva necesaria para analizar conductas aprendidas y sintetizar, a partir de ellas, otras nuevas, limitándose de este modo su capacidad para resolver problemas. (Orjales Villar I. , 2007) En este marco, las funciones ejecutivas representan, pues la internalización de la conducta como forma de anticipar un cambio en el ambiente, lo que supone internalización del sentido del tiempo en cuanto a la capacidad de anticipar secuencias de cambio en el ambiente (Barkley, 1997). (Orjales Villar I, 2007).

11.2. Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-V

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales: Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.

(Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio

A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:

Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio

A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. Especificar si: En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral. Especificar la gravedad actual: Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”. Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

11.3. Antecedentes investigativos relacionados con el TDAH

En este apartado se realiza un recorrido de los principales antecedentes de investigación del trastorno de hiperactividad con déficit de atención.

En el ámbito internacional, más especialmente en México realizaron un estudio denominado Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia del TDAH en una muestra de niños mexicanos de edad escolar. Se realizó en 16

escuelas primarias públicas del municipio de Guadalajara (México), elegidas a la conveniencia de la Dirección General de Educación Primaria de la Secretaría de Educación Jalisco. Se cubrieron tres sectores educativos de este municipio ubicados geográficamente en Oblatos, Zona Centro y Cruz del Sur. El estudio se realizó durante el ciclo escolar 2002-2003. En ese ciclo, el total de la población escolar en los planteles de educación primaria seleccionados era de 6639 alumnos. El procedimiento utilizado con los alumnos se les entregó una carta de consentimiento informado y el cuestionario para padres descrito, para ser llenados por al menos uno de ellos. En días posteriores, de los 6639 cuestionarios y cartas entregados se recuperaron 4496 pares, y de estos se excluyeron 97 por estar incompletos. En total se incluyeron 4399 cuestionarios (97.84%). Para analizar los datos, las respuestas a cada cuestionario se codificaron de acuerdo con el DSM-IV: en el criterio A, cada una de las conductas se tomó como presente cuando el padre la consignó con las frecuencias casi siempre o siempre. Si la suma de ellas era de seis o más en el apartado de inatención, se estableció el subtipo inatento (A1). El subtipo hiperactivo-impulsivo fue determinado cuando se obtuvieron seis o más síntomas de hiperactividad e impulsividad (A2), y el subtipo combinado, cuando se reportaron seis o más síntomas en cada sección (A1 y A2). En codificación binaria se consignó la edad de aparición de síntomas (criterio B), la presencia de los síntomas en dos o más ambientes (criterio C) y de deterioro en las funciones sociales (criterio D). Además se contabilizó la recepción, el tiempo y el tipo de tratamientos específicos. La información de los cuestionarios se vació en una base de datos y se analizó con el paquete estadístico SPSS (versión 20).

Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes: La relación de sexos en los 393 escolares fue 273/120 masculino/femenino (proporción 2.3:1), mientras que en la muestra general esta relación fue 2166/2233. La diferencia entre estas frecuencias masculino/femenino resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 70.64$, $gl = 1$, $p < .001$). El sexo masculino se comportó como un factor de riesgo para el TDAH (odd's ratio = 2.53, IC 95%, 2.03-3.18, $p < .0001$), mientras que el sexo femenino se comportó como un factor protector (odd's ratio = 0.39, IC 95%, 0.3149-0.4924, $p < .0001$).

Cabe señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas, actualmente autores como (Barkley, Biederman, 1997) consideran que el TDAH está infra diagnosticado en niñas, puesto que se presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren la vida escolar y familiar y más preocupan a los maestros y padres.

11.4. Trastorno negativista desafiante

El DSM-IV TR define el TND como un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante y hostil hacia figuras de autoridad que se mantiene durante al menos 6 meses (Pág. 100, DSM-IV), se clasifica dentro de los trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora y se incluye en la sección denominada trastornos diagnosticados normalmente en la infancia, niñez o la adolescencia.

Actualmente en el DSM-V el TDN se ubica dentro de los trastornos de la conducta disruptiva, separándose del TDAH este último ubicado dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

11.5. Teorías sobre las causas del TND

Para (prior, 1992; Tschann, káiser, Chesney, Alkon, y Boyce, 1996). Estas respuestas se relacionan con el temperamento infantil, que puede definirse como “los aspectos prevalentes de la personalidad que muestran cierta consistencia a través del tiempo y de las situaciones” (Kazdin, 1996, pág. 51). Y está ligado a una base genética o constitucional. Los niños con temperamento difícil no se calman y no se adaptan a los cambios ambientales.

En cuanto a las variables de los padres, la inmadurez, la falta de experiencia con respecto a la educación de los hijos, la hostilidad y la labilidad emocional son variables observadas en familias de niños que tienen TND. La presencia de conflictos maritales, de depresión materna, y de psicopatología parental plantean un riesgo para TND. (Farrington, 1995; frick et., 1992; kennan y Shaw, 1994). En cierto sentido, estos factores pueden predisponer a los padres a comportarse hacia los hijos de forma que modelen y se encuentre con la posibilidad de encontrarse con la desobediencia, oposición y desafío.

Patterson y sus colaboradores demuestran que cuando los niños actúan de forma desafiante, negativa y agresiva hacia sus padres, dicha conducta frecuentemente produce consecuencias favorables, como la terminación de las demandas, la retirada de la atención no deseable o de algo agradable. Como resultado, estas conductas se fortalecen y ocurrirán con mayor probabilidad en el futuro.

11.6. Criterios diagnósticos del TND según DSM-V

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante ó vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma. «
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido. Discusiones/actitud desafiante
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.,

5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos.

En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un período de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de Frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.

Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

11.7. Antecedentes investigativos del TND

En un estudio realizado en España titulado Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante en una muestra de niños españoles entre seis y dieciséis años: informe del profesor, el objetivo de este estudio fue estudiar la prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en escolares de 6 a 16 años de una Comunidad Autónoma de España (Castilla y León) según informes del profesorado y analizar la repercusión del trastorno en resultados académicos y conducta escolar. La Metodología. Estudio poblacional con diseño muestral Polietápico estratificado, proporcional y por conglomerados. Muestra analizada: 1.049. Casos definidos según criterios DSM-IV-TR.

Los resultados obtenidos fue que la prevalencia de TND es 4,2%. La prevalencia es significativamente superior en sexo masculino (5,7%), respecto al femenino (2,6%) y en zona rural (6,8%) respecto a urbana (3%). No existen diferencias significativas en función del curso o colegio público/privado. La prevalencia de TND sin considerar deterioro funcional aumentaría al 5,1%. Los casos de TND según informes de profesores presentan significativamente peores resultados académicos (resultados globales, lectura, matemáticas y expresión escrita) y peor conducta en clase (relación con compañeros, respeto a normas, destrezas organizativas, realización de tareas académicas e interrupciones de clase). Por lo tanto En función de la prevalencia, inicio precoz, persistencia de síntomas y disfunción social y escolar del TND, es necesario un diagnóstico temprano e intervención preventiva.

11.8. Comorbilidad del TDAH y TND

En los contextos clínicos, los trastornos comórbidos son frecuentes en los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios del TDAH. Entre la población general, el trastorno negativista desafiante concurre con el TDAH en aproximadamente la mitad de los niños con presentación combinada y en cerca de una cuarta parte de los niños y adolescentes con presentación predominantemente inatenta. (DSM-V, pág. 65).

11.9. Antecedentes de investigación sobre comorbilidad del TDAH y TND

En un estudio realizado en Universidad de Massachusetts Amherst denominado: El desarrollo temprano de la comorbilidad entre los síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno de oposición desafiante (TOD). Los participantes fueron 199 niños (107 niños y 92 niñas) y sus 199 mujeres cuidadoras principales que participaron en un estudio longitudinal de niños en edad preescolar con problemas de comportamiento. Los niños eran de 3 años de edad en el cribado y 36 a 50 meses ($M = 44$ meses, $SD = 3,4$), en la primera visita domiciliaria (T1). Los datos utilizados en el presente estudio fueron recolectados de las familias en 1 año (T2; $M = 57$ meses), 2-año (T3; $M = 69$ meses), y de 3 años

(T4; $M = 81$ meses) visitas de seguimiento. La muestra incluyó europeo-americanas (49,7%), American Latino/a (21,6%); en su mayoría puertorriqueños, Afroamericanos (12,6%), y multiétnica (16,1%) niños. La mediana del ingreso familiar en T1 fue de \$47,108. La mayoría de las madres (84,4%) tenían el diploma de la secundaria y el 33,2% tenían la licenciatura universitaria. Más de la mitad de los niños cumplieron los criterios para el TDAH o impar en T4; de los 168 niños que fueron evaluados en T4, 36 cumplieron los criterios para el TDAH sólo (16 niñas), 22 para impar (13 niñas), y 39 para el TDAH y TOD

(13 niñas), apoyando la idea de que este era un ejemplo de riesgo (para más detalles, véase Harvey, Metcalfe, Herbert, & Fanton, 2011).

Los resultados del presente estudio intentaron probar un modelo que integra dos modelos propuestos anteriormente del desarrollo de la comorbilidad entre TDAH y síntomas extraños. En consonancia con el desarrollo del modelo de los precursores, se examinó si los primeros síntomas de TDAH predecir más tarde síntomas extraños, pero no viceversa. Además, se examinó si la historia familiar de TDA/H y TOD/TC correlacionados representan factores de riesgo que predicen los primeros síntomas de TDA/H y TOD en los niños, lo que explica en parte por su comorbilidad. Resultados proporcionó apoyo para ambos componentes del modelo, sugiriendo que múltiples mecanismos probablemente involucrados, aunque los resultados variaron entre dimensiones de impar. Los resultados proporcionan un claro apoyo a la noción de que la historia familiar de TDA/H y TOD/TC síntomas correlacionados representan factores de riesgo para el TDAH y enojo o irritabilidad los síntomas en los niños pequeños. Este modelo sugiere que la aparición temprana de la comorbilidad entre el TDA/H y TOD puede ser debido al menos en parte, al hecho de que los niños con historia familiar de TDAH tienden también a tener historias familiares de ODD/CD y que cada uno de estos factores de riesgo contribuye de forma independiente para el TDA/H y el enojo o irritabilidad, respectivamente. Nuestra conclusión de que no existían relaciones rezagado cruzada involucrados por historias familiares de TDA/H y TOD/TC (es decir, la historia familiar de TDAH no predecir niño extraño los síntomas y los antecedentes familiares de TOD/TC no predecir los síntomas del TDAH infantil) sugiere que no es el caso que el TDA/H y TOD síntomas en los niños se correlacionan porque comparten factores de riesgo historia familiar. En su lugar, estos síntomas tienen cada uno su propia historia familiar, los cuales son predictores correlacionados entre sí. Es posible que estos factores de riesgo estén correlacionados debido a un conjunto compartido de procesos biológicos. Esta noción es apoyada por dos estudios que sugieren que la comorbilidad entre el TDA/H y TOD/TC es debido en gran parte a la genética compartida (aleros et al., 2000; Silberg et al., 1996). Sin embargo, la investigación no ha podido determinar el mecanismo exacto

subyacente genética compartida. Hay pruebas claras de que el TDA/H y TOD/TC son poligénicos, y que existe una superposición en los genes involucrados en estos trastornos (por ejemplo, Comings et al., 2000). Así, las correlaciones observadas entre las historias familiares de TDA/H y TOD/TC en el presente estudio pueden ser el resultado de la superposición de conjuntos de genes implicados en estos dos trastornos. Además, puede haber interacciones entre genes, de tal manera que la expresión fenotípica de un gen depende de la presencia de otros genes, resultando en las correlaciones observadas entre los dos fenotipos. Por ejemplo, la catecol-Ometiltransferasa (COMT) del gen ha sido fuertemente ligada al comportamiento antisocial entre los niños con TDA/H, pero no entre los niños sin TDAH (Caspi et al., 2008), sugiriendo que la COMT en el comportamiento antisocial de resultados sólo en la presencia de genes relacionados con el TDAH. Se necesitan investigaciones para estudiar estos posibles mecanismos.

Nuestra conclusión de que la historia familiar de CD predijo una dimensión de síntomas extraños en niños (IRA/irritabilidad) es coherente con la investigación anterior que sugiere que los síntomas extraños y CD son causadas por la misma responsabilidad subyacente (aleros et al., 2000), aunque otros estudios sugieren lo contrario (Petty et al., 2009). El hecho de que estudios anteriores han arrojado resultados contradictorios sobre el vínculo entre el TOD y la historia familiar de CD o APD (Biederman, Faraone, Milberger, Jetton, et al., 1996; Faraone et al., 2000; Frick et al., 1992) podría ser porque extraña la expresión de los síntomas pueden tener diferentes causas en diferentes etapas de desarrollo. Por ejemplo, las primeras expresiones de impar más probable puede ser causada por factores genéticos (y por lo tanto, vinculado con la historia familiar de CD), mientras que la expresión de la ODD posteriormente en la infancia o la adolescencia puede ser más influenciados por causas ambientales. De hecho, los estudios que han encontrado un vínculo entre el extraño en los niños y las historias familiares de CD/comportamiento antisocial (p. ej., Frick et al., 1992) se han centrado en los niños pequeños que tienen estudios que no han podido encontrar un enlace (Biederman, Faraone, Milberger, Jetton, et al., 1996; Faraone et al., 2000). Además, teniendo en cuenta nuestros hallazgos que la historia familiar de CD estaba

vinculado sólo a la IRA/irritabilidad y no argumentativo/Desafiante, hallazgos contradictorios en todos los estudios, podría ser debido a diferencias en la expresión de los síntomas, con los niños en algunos estudios se caracteriza más por argumentativo/desafío y otros más por la ira o la irritabilidad. Se requiere más investigación para examinar el desarrollo y diferencias de las dimensiones en los correlatos etiológicos de raro en los niños.

11.10. Concepto de desplazamiento forzoso

Se entiende que es víctima de desplazamiento forzado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión a las violaciones a las que se refiere el artículo 3° de la presente ley.

11.11. Antecedentes de investigación sobre el impacto de la violencia en Colombia y salud mental de niños, niñas y adolescentes.

En un estudio titulado factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes colombianos, el objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes Colombianos a fin de asociar el inicio de conductas disruptivas con la progresión del trastorno hasta actos delictivos, en el cual se hallaron los siguientes resultados, Los modelos biopsicosociales tienen una característica integrativa y dinámica, en este sentido esta revisión investigativa, permite un acercamiento a la explicación de los factores, biopsicosociales vinculados al trastorno disocial en adolescentes Colombianos, tomando en cuenta la interrelación e interdependencia de los factores de riesgo, y la progresión mórbida de los síntomas psicopatológicos en los diversos escenarios de desarrollo e interacción social. El trastorno disocial puede ser analizado en cuanto etiología, mantenimiento y comorbilidad de síntomas y trastornos, sin embargo una visión

complementaria del análisis debe incluir las condiciones humanas y socio-históricas que pueden tornar agresiva a una persona o comunidad respecto a otra o respecto a la institucionalidad, como también las implicaciones sociales, culturales, económicas, políticas y religiosas vinculadas a los actos violentos y la delincuencia en adolescentes.

En cuanto a la atribución de los factores de riesgo de tipo social, es necesario resaltar la influencia del sistema familiar en el progreso de conductas delictivas, puesto que quienes son más proclives al trastorno presentan familias monoparentales, pobreza o miseria, familia con más de cuatro hijos, involucramiento familiar en conductas delictivas, abuso y negligencia (Robins, 1981); dichos elementos per se constituyen factores de riesgo importantes pero no representan la totalidad de los problemas sociales asociados al trastorno disocial en adolescentes, aunque pueden constituirse en elementos que refuercen el ingreso a la delincuencia bajo escenarios de relación donde el crimen, la violencia o la tendencia a trasgredir las normas por mero placer constituyen un puente comunicacional que fortalece la relación con otros considerados como pares.

En Colombia la presencia e incremento de la delincuencia juvenil no es exclusiva de una región, edad, trastorno mental o grupo étnico, *ergo* dicho problema alerta sobre las condiciones de inclusión, prevención y contención de los organismos reguladores del estado y la sociedad, en cuyo caso la competencia de las instituciones debe apuntar a un reordenamiento social y la exigencia constante de los deberes y derechos de los niños y adolescentes a fin de proteger la vida social-comunitaria como garantía del ejercicio y goce efectivo de los derechos humanos. El trastorno disocial como cuadro psicopatológico puede ser un descriptor cercano al comportamiento delincuencial futuro por lo que la conducta delictiva de los adolescentes constituye un problema de toda la comunidad, factor que obliga su resolución en dichos escenarios (Rodríguez, M. 2008).

11.12. Concepto de estilos parentales

No es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, entre otras cosas porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños. Esto suele provocar frustraciones en los padres y la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad y sobre-reacción. Stormshak, en un estudio con 631 niños de preescolar con conducta disruptiva, concluyeron que la hiperactividad se relacionaba con niveles elevados de disciplina punitiva y castigo físico. Así mismo, Keown, estudiaron aspectos de la conducta parental y factores del funcionamiento familiar asociados con la hiperactividad en 33 familias de niños hiperactivos y 34 familias control. Los resultados mostraron que los factores que se asociaban significativamente con la hiperactividad fueron un estilo de disciplina más permisivo, sentimientos más bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padres-hijos e interacciones madre-hijo menos sincrónicas. (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner, & Rosello, 2007)

En lo referente a la etiología, un cuarto de los niños diagnosticados con hiperactividad tienen también padres con el mismo diagnóstico, lo que sugiere un fuerte componente genético (Barkley. 1998; Biederman, Faraone y Keenan, 1992), aunque algunos estudios sitúan la causa de los problemas infantiles en la influencia que ejercen sobre el estilo educativo parental los problemas psiquiátricos de los progenitores (Vostanis, Graves, Meltzer, Goodman, Jenkins y Brugha, 2006). También el contacto o consumo de determinadas sustancias o alimentos pueden suponer factores de riesgo para la aparición de en los hijos del TDAH (Biederman, Milberger y Faraone, 1995; Goldstein y Goldstein, 1998). (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

En esta misma línea, la influencia de los entornos sociales sobre la hiperactividad pone en el punto de mira a la familia como principal ámbito de interacción social del niño.

Así, diversas investigaciones han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de disciplina y afecto y el TDAH, así como otros tipos de trastornos externalizantes como la agresividad y los problemas de conducta. (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

En este sentido, estudios más recientes como el realizado por Hurt, Hoza y Pelham (2007) con 110 niños diagnosticados de TDAH y sus respectivos padres y madres, concluyeron que altos niveles de afecto por parte de los padres, estaban significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo de por parte de sus compañeros hacia sus hijos, mientras que el exceso de autoritarismo producía el efecto contrario. En la misma línea, otro estudio llevado a cabo por Goldstein, Harvey y Friedman-Weiwneth (2007) con niños de tres años, se encontró que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de los niños no problemáticos. Por lo tanto, la mayoría de los estudios sitúan a las dimensiones de afecto y control como aquellas en las que se apoyan los padres para realizar la función socializadora (Roa y Del Barrio, 2002), lo que da lugar a distintos estilos educativos como los más conocidos denominados “autoritario”, “autorizado” (también conocido como democrático) y “permisivo” (Baumrind, 1967, 1991). Algunos instrumentos como el Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) relacionan determinadas prácticas de crianzas con estos estilos educativos, de manera que una alta puntuación en el conjunto de sus escalas indica una buena actitud hacia la crianza, lo que estaría en línea con el modelo autorizado, mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo, en línea con el estilo autoritario. Además, una combinación de elevado apoyo junto con baja disciplina y autonomía se identificaría con el modelo permisivo (Roa y Del Barrio, 2001). (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008).

En definitiva, el hecho constatado de que los padres que optan en su práctica educativa por un modelo equilibrado (Webster-Stratton y Hammont, 1998) suelen tener hijos auto controlados y socialmente adaptados como consecuencia de hábitos de crianza basados en el afecto y la disciplina (Maccoby y Martin, 1983), nos lleva a plantear el presente estudio, que se propone determinar la relación existente entre los distintos factores que componen el estilo de crianza de padres y madres según el PCRI y la hiperactividad informada por los padres por medio del BASC, es decir, se pretende ver si existen diferencias en el estilo en el estilo educativo recibido por dos grupos de chicos que han obtenido puntuaciones bajas y de riesgos, respectivamente, en el instrumento con que hemos medido la variable de hiperactividad y determinar cuáles son las variables de crianza parental relacionadas con la presencia o ausencia de las conductas referentes a la hiperactividad e impulsividad.

11.13. Antecedentes de investigación de estilos parentales y TDAH

Se trata de un estudio de casos y controles que se llevó a cabo en 2013-2014. La comunidad estadística Consistió en niños con ADHD que se refirieron a las clínicas psiquiátricas en 5to de los hospitales de Azar y de Taleghani. El caso Grupo consistió en 64 niños ADHD seleccionados mediante muestreo aleatorio. Los participantes en el grupo de control (64 Escolares en Gorgan) fueron seleccionados a través del muestreo en racimo de múltiples etapas. Después de explicar el proyecto a las madres, Se llenaron los cuestionarios demográficos, la Autoridad Paterna de Buri (PAQ) y la Salud General (GHQ). Datos Analizados por SPSS-versión 16, estadísticas descriptivas y analíticas y test de ji cuadrado. En los resultados hallaron En cada grupo había 47 niños y 17 niñas. La edad media del grupo TDAH fue de $8,42 \pm 1,84$ años y $8,84 \pm 1,10$ años en el grupo de control. Subescalas de síntomas somáticos, ansiedad materna, depresión y puntuación total Del cuestionario GHQ mostró una diferencia significativa ($P = 0,01$, $P = 0,001$ y $P = 0,01$) entre madres de TDAH y Grupos de control; Es decir, las madres de niños con TDAH están más ansiosas y deprimidas, y tienen una salud más pobre que los otros. El estilo de crianza autorizada mostró diferencias estadísticamente significativas en los grupos caso y control ($P = 0,002$).

También las madres de edad en el grupo de TDAH es mayor, pero su educación académica fue significativamente menor que el control Grupo ($P = 0,01$ y $P = 0,001$). Y concluyeron que Según nuestros hallazgos, entre los cuatro factores del TDAH, la educación materna, la salud mental materna, Y la edad materna, la influencia del TDAH en el estilo de crianza autorizada es más pronunciada que la salud mental materna.

11.14. Concepto de abuso sexual

Para los efectos de este Código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

Una definición abarcadora, por ejemplo, es la que se usa en el ámbito federal en los Estados Unidos, establecida por el Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil (U. S. Department of Health and Human Services, 2010). En ella se considera abuso sexual infantil: a. la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar [o participar de] —incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin— cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o b. la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto.⁵ Suzanne Sgroi (1982), por su lado, plantea que abuso sexual son todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición de tal carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento a la conducta o acción en la cual es involucrado. La habilidad para enredar a un niño en estas actividades se basa en la posición dominante y de poder del adulto en contraposición con la vulnerabilidad y la dependencia del niño. La siguiente definición, de Berliner y Elliott (2002), presenta algunos

elementos interesantes que vale la pena considerar: El abuso sexual incluye cualquier actividad con un niño o niña en la cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Esto incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza—independientemente de la edad de los participantes— y todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña—independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza sexual de la actividad—. El contacto.

Sexual entre un niño más grande y uno más pequeño también puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o tamaño corporal, haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento informado. (Berliner y Elliott, 2002: 55) Las definiciones de Sgroi y de Berliner y Elliott hacen hincapié en un elemento de fundamental importancia: el consentimiento. Dar el consentimiento implica aceptar, acordar, autorizar a que se haga algo. Sinónimos de la palabra consentimiento son anuencia, aprobación, aquiescencia, conformidad, consenso, permiso, venia. Cuando se habla de consentimiento informado se entiende que quien lo otorga tiene toda la información necesaria para comprender cabalmente la naturaleza de aquello que consiente, el alcance y el propósito de su participación, así como las eventuales consecuencias o riesgos. El consentimiento da a quien lo otorga un lugar activo de protagonismo y, supuestamente, de ejercicio de la propia voluntad. El término consentimiento no encaja en el contexto del abuso sexual infantil, porque el niño abusado sexualmente está sometido a la voluntad de quien abusa de él, voluntad que además se ejerce desde una posición de autoridad y con diversos niveles de coerción. Lejos está un niño, niña o adolescente víctima de así de comprender cabalmente la naturaleza de aquello que consiente, así como el alcance y el propósito de su participación. En cuanto a las eventuales consecuencias o riesgos, incluso antes de poder comprenderlas las teme, porque siempre involucran una pérdida relacionada con su propia persona y/o con otras personas cercanas. Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que hay tres tipos de asimetría presentes en todo acto sexualmente abusivo: – Una asimetría de poder. Esta puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física entre el ofensor y

la víctima, así como de la mayor capacidad de manipulación psicológica que el primero tenga sobre la segunda. Esta asimetría de poder coloca siempre a la víctima en un alto estado de vulnerabilidad y dependencia. Cuando se trata de una relación cercana, como la de un padre y una hija, la dependencia ya no se establece solamente sobre la base de los diversos roles y jerarquías que cada uno ocupa en el sistema familiar, sino además sobre los pilares afectivos y emocionales en los que se construye toda relación parento-filial. Esto es de vital importancia comprenderlo, ya que si solamente vemos el ejercicio abusivo del poder sin tener en cuenta los componentes emocionales y afectivos de la relación, podemos caer en el grosero error de considerar que una relación afectuosa en la que la niña desea estar con su papá inhabilita la posibilidad del abuso. Sin embargo, lamentablemente, esa relación afectuosa, esa conexión y dependencia emocional han sido también parte de los elementos utilizados por el abusador para acceder ilimitadamente a la víctima, entrampándola aún más.

– Una asimetría de conocimientos. Es de suponer que el ofensor sexual cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual. Esta asimetría es mayor cuanto menor es el niño o niña víctima,⁶ ya que se supone que a medida que crece tiene mayor acceso a información y/o mayor comprensión de lo que es la sexualidad. Sin embargo, debemos ser muy cautos a la hora de establecer estos supuestos como verdades irrefutables, ya que corremos el riesgo de asumir a priori, por ejemplo, que una niña de 13 años —por la edad que tiene— ya tiene suficiente conocimiento sobre la sexualidad como para entender exactamente en qué se la está involucrando. Otra cuestión a considerar tiene que ver con la minimización que se hace de las conductas sexualmente abusivas cuando la víctima ya ha tenido experiencias sexuales con pares. En estos casos, la gran mayoría de las veces, se considera que el hecho de tener o haber tenido experiencias sexuales con un par es razón suficiente para desestimar el abuso sexual como tal, sin tener en cuenta el contexto relacional en el cual este último se ha desarrollado.

12. Análisis del caso

Uno de los objetivos principales de este estudio se trató de determinar los factores de vulnerabilidad socio-ambiental que mantienen la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante, ya que a través de esto se logró determinar lo predisponente y los mantenedores de los problemas del paciente.

Señalando a los diferentes autores que realizan planteamientos teóricos de validez y que aplican a su vez en este caso, que como es de resaltar, es un paciente con muchas vulnerabilidades biopsicosociales y que a su vez estas en diversos estudios se hallan que existe relación directamente proporcional, desde Barkley y col (1999) “las características temperamentales negativas del niño o adolescente con conducta desafiante lo impulsan a interactuar de forma airada, irritable, explosiva y con pobres mecanismos de regulación y control emocional lo que altera sus características cognitivas respecto a la agresión (racionalización y justificación de sus conductas, etc.)”. Lo cual mantiene su comportamiento agresivo-desafiante, ya que cognitivamente entra a justificar el actuar de sí mismo.

El modelo de Barkley et al., (1999), es importante porque entiende los trastornos conductuales como el producto de la interacción de factores socios familiares, biológicos y problemas de las funciones ejecutivas, que emergen en niveles de desarrollo evolutivamente inapropiados.

Los niños expuestos repetidamente a la violencia muestran la tendencia a un aumento en actitudes, conductas y valores relacionados con agresividad, ya que puede hacer que ellos sean tolerantes a los actos violentos, es decir acepten la violencia como una forma de solucionar los conflictos, imiten la violencia que observan y se identifiquen con las víctimas

y los victimarios de forma errónea. Esto desde la teoría de Bandura se convierte en un elemento de aprendizaje, en el cual el niño modela actitudes de personas con conductas inadecuadas, y porque generan ciertas recompensas de consecución de aspectos relacionados con los auto-esquemas como la autoestima, sentirse aceptado por un grupo social donde subordinen o subyuguen a los más pequeños, como lo hace el paciente del caso, que intenta agredir a niños menores que el para sentirse aceptado por los más grandes y motivar el miedo en los más pequeños, es una manera de extrema confianza en sí mismo y elevada tendencia a tomar riesgo retroalimenta su autoestima y mantiene a un más su conducta inadecuada.

En Colombia la etiología de los trastornos de la conducta invita al análisis de factores socio-ambientales que para este caso devienen del conflicto armado colombiano, la violencia transgeneracional han hecho estragos en este paciente y que dichos aspectos son importantes para entender la reciprocidad entre la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, el ambiente socio familiar caracterizado por prácticas parentales negativas. Y que en la actualidad muchos de estos factores como el ambiente aversivo donde se desenvuelve el niño son factores de riesgo y de mantenimiento lo que hace que se conviertan en obstáculos para el tratamiento.

13. Conclusiones y discusión

La vulnerabilidad socio ambiental en la que está expuesta tanto histórica como actualmente en el caso se pueden convertir en factores de predisposición y mantenimiento de las conductas problemas del paciente, así mismo pueden estar manteniendo la comorbilidad entre las dos entidades diagnosticas como lo son: el trastorno de hiperactividad por déficit de atención en presentación combinada predominante hiperactiva/impulsiva y trastorno negativista desafiante. Rutter, Giller, & Hagell (2000) resaltan una serie de características de vulnerabilidad en adolescentes propensos a infringir la ley y cometer actos delictivos, tales características son: extrema confianza en sí mismo, elevada tendencia a tomar riesgos, abuso de sustancias psicoactivas, hiperactividad, propensión a atribuir la responsabilidad de su comportamiento a fuerzas externas, agresividad a temprana edad, pereza en el ejercicio del pensamiento crítico, dificultad o represión de los sentimientos de culpa, problemas para controlar la ansiedad, disposición a interpretar el entorno como un lugar hostil y sensación de que el mundo es para el propio beneficio y no para el bien común y la prosocialidad. Para este caso de estudio algunas de estas características de vulnerabilidad la reporta el paciente como es toda la alteración de la conducta hiperactiva e impulsiva; siendo esta última conducta la que el utiliza para regular las demandas propias y ambientales, lo cual termina desregulado ya que las demandas propias, no son satisfechas inmediatamente, interpretando dentro de sus funciones ejecutivas principalmente las cognitivas y emocionales, los estímulos ambientales de una manera hostil las cual las termina justificando (por ejemplo, le pegue porque se lo merecía) por lo cual responde a estos con conductas de desafíos e impulsivas. Es posible que la impulsividad sea el factor de mantenimiento de la comorbilidad entre el TDAH y TND. Esto dicho anteriormente desde el autor Barkley y col (1999) lo expresan en que las características temperamentales negativas del niño o adolescente con conducta desafiante lo impulsan a interactuar de forma airada, irritable, explosiva y con pobres mecanismos de regulación y control emocional lo que altera sus características cognitivas respecto a la agresión (racionalización y justificación de sus conductas, etc.).

El estudio de Pineda y Puerta (2001) acerca de Trastornos de la conducta en adolescentes colombianos, con un muestra aleatoria de 190 adolescentes escolarizados, de 12 a 16 años y de diferentes estratos socioeconómicos de Medellín-Colombia, encontró que las conductas frecuentes en el trastorno de la conducta (TDC) en adolescentes colombianos se relacionan con el hecho de pasar mucho tiempo fuera de la casa en la noche hasta altas horas (sin permiso). Si comparamos las dificultades que existen en las practicas parentales de la familia de este paciente se puede encontrar que es una madre laxa, en su estilo parental, que no tiene un compromiso emocional con los hijos, y que en este paciente han podido desencadenar las conductas de calle, desafío y mendicidad que reporta BS buscando fuera de su hogar figuras de protección, de atención, gratificación; y en esa constante búsqueda de esos elementos mencionados, se ha expuesto a situaciones de riesgo como el abuso sexual del cual hoy es víctima, y que además en su historia de aprendizaje de conductas inadecuadas hace que modele posibles conductas de personas en su contexto aversivo: presencia de personas consumidoras de SPA, con conductas delictivas y antisociales; las cuales reproduce el paciente en los comportamientos agresivos, desafiantes e impulsivos y de obtención de beneficios como es la conducta de mendicidad y de robo que presenta. El modelo de Barkley indica que la amplitud y mantenimiento patológico- disruptivo de estas conductas se encuentra mediado por la confluencia de prácticas de crianza disfuncional (ambivalentes, muy laxas o muy estrictas) y por características específicas en niños y adolescentes (agresión, irritabilidad, desprecio por lo social, ausencia de empatía, inconformismo, etc.).

Como el objetivo este estudio de casos fue determinar los factores de vulnerabilidad socio ambiental y la comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante, se puede decir que los principales factores que hicieron y hacen vulnerable a este paciente se pueden mencionar los más significativos lo cuales son: una historia de desplazamiento y violencia intrafamiliar (historicidad de prácticas parentales negativas), el abuso sexual y trabajo infantil, los cuales hacen parte de la historia personal y del problema tanto distal como proximalmente, y que se ha realizado durante la intervención

la reestructuración de la dinámica familiar, la cual evidentemente ha mejorado, y lo cual constituye una barrera superada en el tratamiento del paciente, que era lo que inicialmente era un obstáculo previsto. Y que desde esta mejora se pudo ir modificando lo conductual, emocional y académico de BS, nuestro paciente de estudio de caso único.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez, A. V. (07 de Marzo de 2013). "Intervenciones Psicológicas para el desarrollo emocional del niño con discapacidad y su familia". Buenos Aires, Argentina.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnosticos*. London: Traducción: Burg Translations, Inc.,.
- Bastidas, A. (23 de Mayo de 2013). *Bebés y más*. Recuperado el 27 de Abril de 2016, de Bebés y más: <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/el-psiquiatra-que-descubrio-el-tdah-confeso-antes-de-morir-que-es-una-enfermedad-ficticia>
- Beck, A. T., & Freeman, A. (2005). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1999). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Caballo, V. E., & Simon, M. Á. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Calderon, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 79-98.
- Cardo, E., & Servera-Barcelo, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista Neurológica*, 811-815.

- Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de Entrevistas para Terapeutas*. Bilbao: EDITORIAL DESCLEÉ DE BROUWER, S.A., 2000.
- Cornejo, J., Osío, O., Carrizosa, J., Sanchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H., & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista Neurológica*, 716-722.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las Reacciones Familiares*. Barcelona: Editorial Herder.
- De La Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Trillas.
- Elías Cuadros, Y., & Estañol Vidal, B. (2005). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. México: Trillas.
- Freides, D. (2006). *Trastornos del Desarrollo: Un enfoque neuropsicológico*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2011). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Madrid: Paidós.
- Guerrero López, J. F., & Pérez Galán, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista RUEDES*, 37-59.
- Hoge, J. M. (2008). *Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas Volumen I*. Bogotá: Manual Moderno.
- Kazdin, A. E. (1994). Terapia de Habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 231-250.

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

Major, S., & Walsh, M. A. (2006). *Actividades Para niños con Problemas de Aprendizaje*. Barcelona: Ediciones Ceac.

Martinez Pardo, B. (2010). Ejercicios para la comprensión de distorsiones cognitivas en niños de 8 a 10 años. *Uniroja*, Dialnet.

Mendoza González , B. (2010). *Manual de Autocontrol del Enojo*. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Ministerio de Salud y Conciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Javegra.

Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R., & Rosello, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Influencia en la revolución del trastorno. *Revista Neurológica*, 23-25.

Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseño de Tratamientos Cognitivo-Conductuales*. Bogotá: Manual Moderno.

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

Anexos

16.1 Escala Conners para profesores

Questionario de conducta de CONNERS para PROFESORES
(C.U.E.: Teacher's Questionnaire, U. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				●
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.			●	
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				●
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				●
5. Tiene aspecto entredado, huraño.		●		
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			●	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				●
8. Es impulsivo e irritable.				●
9. No termina las tareas que empieza.				●
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				●
TOTAL.....				26

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA –	0 PUNTOS.
POCO –	1 PUNTO.
BASTANTE –	2 PUNTOS.
MUCHO –	3 PUNTOS.
- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

1

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

16.2 Escala Conners para padres

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.L: Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				•
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				•
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				•
6. No acaba las cosas que empieza.				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				•
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				•
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				•
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				•
TOTAL.....				30.

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA =	0 PUNTOS.
POCO =	1 PUNTO.
BASTANTE =	2 PUNTOS.
MUCHO =	3 PUNTOS.
- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- **Puntuación:**

Para los **NIÑOS** entre los 6 - 11 años: una puntuación >16 es sospecha de **DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**.

Para las **NIÑAS** entre los 6 - 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**.

2

16.3 check list DSM-V para TND

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (DSM-V)

Instrucciones:

Escriba una cruz en la casilla **SÍ** si el niño/a presenta ese tipo de conducta y **NO** si no la presenta.

Enfado/irritabilidad:	SI	NO
1. A menudo pierde la calma.	X	
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.	X	
3. A menudo está enfadado y resentido.	X	
Discusiones/actitud desafiante		
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos.	X	
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición de figuras de la autoridad.	X	
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.	X	
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.	X	
B) Asociado a un malestar en el individuo u en otras personas cercanas o tiene un impacto negativo en áreas como la social, la educativa, la profesional, etc.	X	
C) No cumple los criterios de trastorno psicótico, de consumo de sustancias, depresivo, bipolar, disocial generalizado del desarrollo, etc.		X
TOTAL	8	

16.4 Test de caras

N.º 21

CARAS

TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

PD	
PC	
PT	
GN	

Apellidos y nombre: B.S. Edad: 9 años Sexo: M
 Empresa: Unidad de Víctimas Categoría: _____
 Centro de enseñanza: _____ Curso: _____

INSTRUCCIONES

Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.

¿Ve Vd. el motivo por el cual la cara del medio está marcada? La boca es la parte distinta.

A continuación hay otra fila de caras. Mírelas y marque la que es diferente de las otras.

Deberá haber marcado la última cara.

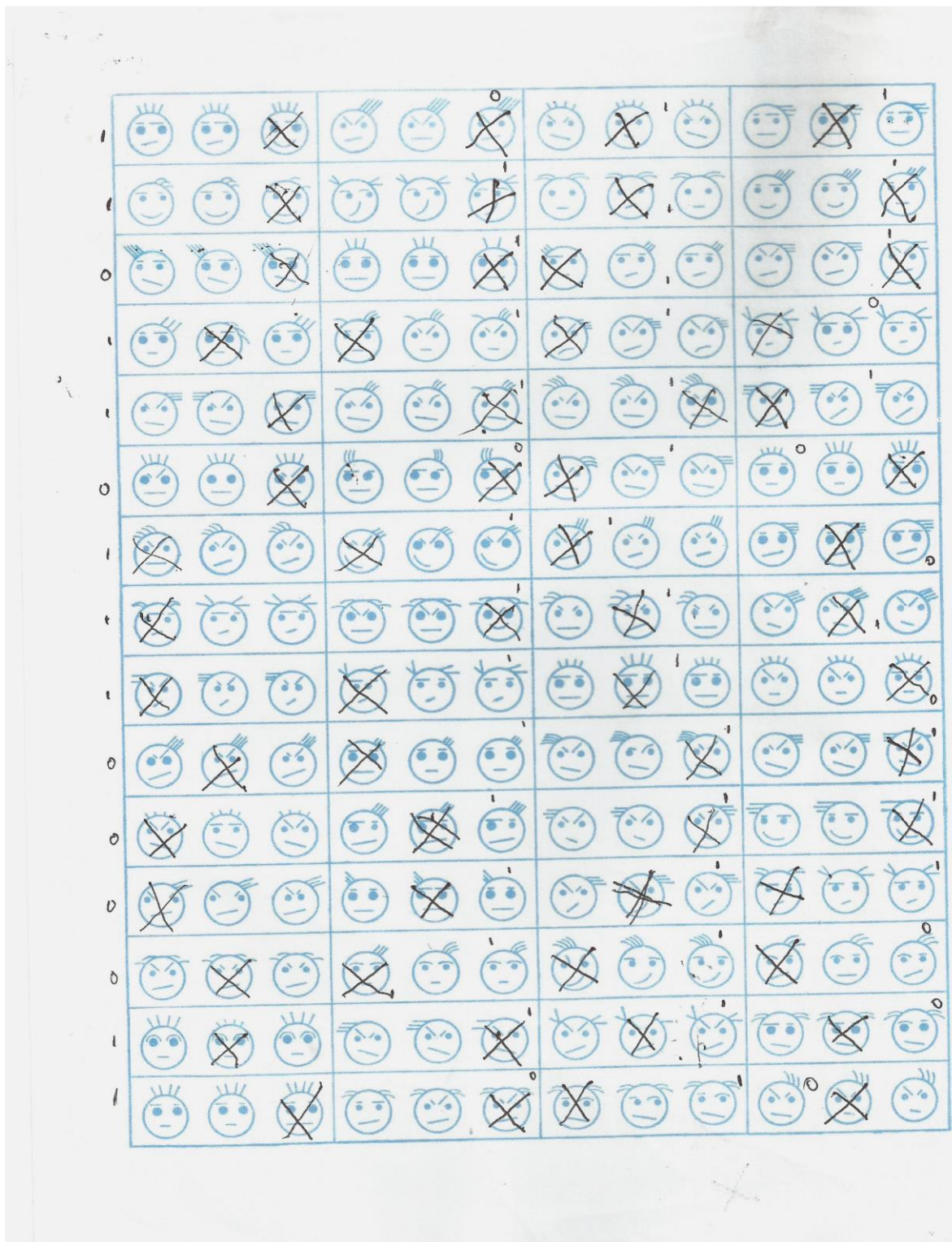
A continuación encontrará otros dibujos parecidos para practicar. En cada fila de tres figuras, marque la cara que es distinta de las otras.

Cuando se le indique, vuelva la hoja y marque las restantes caras en la misma forma. Trabaje rápidamente, pero trate de no cometer equivocaciones.

ESPERE LA SEÑAL DE COMIENZO

Copyright © 1973 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si lo presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campaño; Daganzo, 15 (Ibiza), 28002 MADRID - Depósito legal: M - 23437 - 1973.

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con
Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda



Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE (Factores de vulnerabilidad socio ambiental y comorbilidad del Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años).
Nombre de la psicóloga (o): Sandra Milena Morales Miranda

Señor(a) Brian Serrano Corpus le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender, para Describir los factores de vulnerabilidad socio ambiental (desplazamiento forzoso, abuso sexual, disfunción familiar), como factores de mantenimiento del TDAH y TND, establecer la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante, analizar la presencia de factores socios ambientales que mantienen la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante y Determinar los factores de vulnerabilidad socio-ambiental que mantienen la comorbilidad existente del trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno negativista desafiante: Caso único en paciente de 9 años.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Factores socio ambientales y comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con Hiperactividad y trastorno negativista desafiante. Caso único paciente de 9 años.
Sandra Milena Morales Miranda

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre (TDAH y trastorno negativista desafiante y su comorbilidad) y de haber recibido del señor(a) Brian Serrano Corpus explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a (Sandra Morales Miranda) para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor Sandra Morales Miranda y el testigo Carmen Corpus, en la ciudad de Sompues, sucre el día 24 del mes de agosto del año 2016.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Brian Serrano Corpus Firma: Brian Serrano C.
Cédula de ciudadanía: 1.104.415.577 de San Marcos

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Sandra Milena Morales Miranda Firma: Sandra M³
Cédula de ciudadanía: 1.100.683.666 de Sompues
Teléfono: 323-5254429, Correo electrónico: Psicosaudra.morales@gmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Celia Mercedes Bello Firma: Celia Bello
Cédula de ciudadanía: 32712682 de B/guata
Teléfono: 3004805493 Correo electrónico: